

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Desigualdades Socioeconómicas no tabagismo em jovens dos 15 aos 17 anos – Estudo SILNE

VIII Mestrado de Gestão da Saúde
Especialidade Gestão Clínica

Autor

Andreia Sofia Cristina

Orientador

Julian Perelman

Co-Orientador

Joana Alves

Lisboa, Junho 2014

À minha mãe...fazes-me acreditar nos meus sonhos.

Agradecimentos

O trabalho que aqui se apresenta só foi possível graças à colaboração e apoio de algumas pessoas, às quais não posso deixar de prestar o meu reconhecimento e a minha gratidão.

Ao Professor Julian, por ser incansável, pela sua dedicação, empenho e a sua sabedoria, que me motivou na elaboração deste trabalho.

À Joana Alves, pela sua disponibilidade e partilha de ideias.

À Barbara Barroso, pelo seu apoio com a análise de dados.

Aos meus amigos, em especial à Ana Batista, Daniela França, Margarida Ribeiro e Sofia Costa, por compreenderem as minhas ausências durante este percurso e por acreditarem no meu valor.

Aos meus colegas e amigos de mestrado Sílvia Oliveira, Maria Gama, Ana Alves, João Lourenço e Ricardo Macau, por horas de trabalho, pelo esclarecimento de dúvidas e porque nos momentos mais difíceis, de maior cansaço, não me deixaram desistir.

À minha família pelo apoio incondicional, sem vocês nada disto seria possível.

Resumo

As desigualdades em saúde estão relacionadas com as condições em que as pessoas se desenvolvem. Estas condições podem ser afetadas, principalmente, por diferenças de rendimento, *background* socioeconómico, educação e estilos de vida. A adolescência é um período de mudança em que os jovens podem experienciar comportamentos de risco que podem prevalecer na idade adulta. Uma posição socioeconómica inferior, do adolescente, pode estar associada a um aumento na prevalência de consumo de tabaco. Este trabalho tem como objetivo: verificar a associação entre estatuto socioeconómico e consumo de tabaco nos adolescentes em Portugal.

Utilizaram-se dados colhidos por questionário, em Abril e Outubro de 2013 na cidade de Coimbra. O questionário insere-se no projeto europeu SILNE. Para avaliar o estatuto socioeconómico foram analisadas cinco variáveis: *Family Affluence Scale*, privação material, posição social subjetiva, semanada, educação e emprego dos pais. Para estratificar o comportamento do fumador foram desenvolvidas três variáveis: não fumador, *experimenter* e fumador regular. A análise foi separada por sexo.

Constata-se que as raparigas fumam, em média, menos que os rapazes (F =17.1%; M =22.1%). Concluímos que o estatuto socioeconómico, avaliado pela *Family Affluence Scale*, posição social subjetiva, privação material, educação e emprego dos pais não têm impacto no consumo de tabaco no adolescente. As desigualdades socioeconómicas no consumo de tabaco nos adolescentes estão sim, relacionadas com o próprio estatuto socioeconómico do adolescente, traduzido pela semanada que este recebe. Foi encontrado no desempenho escolar um efeito mediador entre desigualdades socioeconómicas e consumo de tabaco na adolescência.

Palavras-chave: Desigualdades Socioeconómicas, Consumo Tabaco, Adolescência.

Abstract

Health is related with the conditions in which people grow in childhood and adolescence. These conditions mostly depend on the individual socioeconomic background, lifestyles and contextual factors. In particular, adolescence is a period of change in which youngsters can try out some risk behaviors that can last until adulthood, with potentially severe consequences for their health. If risk behaviors are more prevalent in less favored adolescents, there will be a higher risk of social inequalities in adult lifestyles, with important consequences in terms of health inequality. This study intends to verify the association between socioeconomic status and tobacco consumption among adolescent in Portugal.

The data used was collected by questionnaire, between April and October of 2013, from 6 schools located in Coimbra, constituting a sample of 1,900 adolescents, aged from 15 to 17 years. To evaluate the socioeconomic status, five variables were analyzed: Family Affluence Scale, deprivation, subjective social position, weekly allowances and parent's education and employment. To stratify the smoker's behavior, a three variable were created: non-smoker, experimenter and regular smoker. The inequalities in smoking behavior were measured by univariate analysis and multivariate logistic regressions. The analysis was made separate by gender.

Girls smoked, in average, less than boys ($F=17.1\%$; $M=22.1\%$). tobacco consumption among adolescents was not significantly connected to the socioeconomic *background*. However, the regular tobacco consumption in adolescents was significantly related with adolescent's own socioeconomic status, measured by their weekly allowance (F : OR 0 – 5 € = 0,288, OR 6 – 10 € = 0,640; M : OR 0 – 5 € = 0,354, OR 6 – 10 € = 0,625). The effect of the weekly allowance on smoking was partially explained by school performance.

Keywords Socioeconomic inequalities; Tobacco consumption; Adolescence.

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. Estado de arte: Tabagismo nos jovens e desigualdades sociais	12
2.1. Enquadramento Histórico.....	12
2.2. Tabaco e mortalidade.....	13
2.3. Doenças associadas ao consumo de tabaco	14
2.4. Epidemiologia do Tabaco.....	15
2.4.1. Epidemiologia do Tabaco nos jovens em Portugal e no Mundo	15
2.4.2. Epidemiologia do Tabaco nos adolescentes em Portugal e no Mundo	17
2.4.3 Fases da epidemia.....	19
2.5. Desigualdades Socioeconómicas.....	21
2.5.1. Evidências sobre Desigualdades Socioeconómicas em Saúde.....	21
2.5.1.1. Causalidades das Desigualdades Socioeconómicas em Saúde.....	22
2.5.1.2. Evolução das Desigualdades Socioeconómicas em Saúde.....	27
2.5.2. Desigualdades socioeconómicas no consumo de tabaco em Portugal e no Mundo	28
2.5.2.1. Evidências sobre Desigualdades Socioeconómicas no consumo de tabaco em Portugal e no Mundo	28
2.5.2.2. Causalidades das Desigualdades Socioeconómicas no consumo de tabaco em Portugal e no Mundo	29
2.5.3. Desigualdades socioeconómicas no consumo de tabaco nos adolescentes	32
2.5.3.1. Evidência Internacional	32
2.5.3.2. Causalidades	41
3. Metodologia.....	47
3.1. Delineamento do estudo	47
3.2. Objetivo do estudo.....	47
3.2.1. Amostra	48
3.2.2. Variáveis em estudo.....	49
3.2.2.1. Variáveis de Consumo de Tabaco	49
3.2.2.2. Variáveis Socioeconómicas.....	50
3.2.2.3. Variáveis Demográficas	55
3.2.3. Desenho do estudo.....	55
4. Análise dos resultados	57
4.1. Apresentação dos Resultados – Estudo SILNE.....	57
4.1.1. Caraterização da amostra.....	57
4.1.2. Caraterização da amostra face ao consumo de tabaco nos adolescentes	57
4.2. Caraterização Socioeconómica.....	59
4.3. Associação entre Comportamento do Fumador e Variáveis Socioeconómicas	60
4.3.1. Nível de Educação dos Pais.....	60
4.3.2. Situação face ao emprego dos pais	62

4.3.3. FAS.....	64
4.3.4. Semanada.....	64
4.3.5. Posição Social Subjetiva.....	65
4.3.6. Privação Material.....	66
4.4. Análise Multivariada	66
4.5. Resumo de resultados	70
5. Tabagismo, desigualdades socioeconómicas, desempenho e satisfação escolar.....	71
5.1. Caraterização de desempenho escolar	73
5.2. Análise das desigualdades relacionadas com o desempenho escolar	74
5.3. Modelo explicativo das desigualdades sociais no tabagismo	77
6. Discussão dos resultados	81
7. Conclusão	87
8. Referências bibliográficas	88

Índice de Figuras

Figura 1 – Mortes relacionadas com o tabaco. (Fonte: Mackay, 2012)	14
Figura 2 – Prevalência (%) do consumo de tabaco em jovens de acordo com a idade (em anos), diferença entre 3 estudos. (Fonte: Precioso [et al.], 2012).....	19
Figura 3 – Fases Epidemia Tabágica.(Fonte: Greaves,2007).....	20
Figura 4 – Influência dos determinantes sociais na saúde. (Fonte: OMS; 2010)	22
Figura 5 – A estrutura conceitual para o estudo de impacto da posição socioeconómica sobre a saúde. (Fonte: Whitehead et al., 2000).....	23
Figura 6 – Rendimento, bens materiais e consumo de tabaco na adolescência (Fonte: Mistry et al., 2013)	34
Figura 7 – Estatuto Socioeconómico dos pais em 2010. (Fonte: Gaspar de Matos et al., 2012).....	37
Figura 8 – Proporção de crianças em idade escolar (com idades entre 10-18) na República da Irlanda, que relataram que nunca tinham fumado pela FAS (Fonte: HBSC 2002,2006, 2010).....	38
Figura 9 – Influência das condições de vida na saúde do adulto (Fonte: Raphael, 2011, adaptado de: Stronks, and J Mackenbach. 1998.).....	41
Figura 10 – Modelo teórico de relações entre status social, stress e tabagismo. (Fonte: Finkelstein et al., 2006)	42

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Evolução do consumo de tabaco na Europa, 2006,2009,2012.	16
Tabela 2 – Relação do baixo rendimento e saúde	25
Tabela 3 – Indicadores de privação material Portugal.....	40
Tabela 4 – Amostra Estudo SILNE	48
Tabela 5 – Variáveis Socioeconómicas	55
Tabela 6 – Variáveis ajustamento.....	55
Tabela 7 – Caraterização da amostra face ao consumo de tabaco na adolescência (n = 1900).....	58
Tabela 8 – Caraterização da amostra face às variáveis socioeconómicas (n = 1900)	60
Tabela 9 – Associação entre nível educação do pai e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	61
Tabela 10 – Associação entre nível educação da mãe e comportamento do fumador(n = 1900 alunos)	62
Tabela 11 – Associação entre ocupação do pai e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	63
Tabela 12 – Associação entre ocupação da mãe e comportamento do fumador(n = 1900 alunos)	63
Tabela 13 – Associação entre FAS e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	64
Tabela 14 – Associação entre semanada e comportamento do fumador (n=1900 alunos).	65
Tabela 15 – Associação entre Escada Representativa da Sociedade Portuguesa e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	66
Tabela 16 – Associação entre Privação Material e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	66
Tabela 17 – Associação entre estatuto socioeconómico e comportamento do fumador, análise multivariada: <i>Odds ratios</i> (95% IC)	67
Tabela 18 – Associação entre estatuto socioeconómico e Comportamento do Fumador, análise multivariada: <i>Odds ratios</i> (95% IC)	69
Tabela 19 – Resumo variáveis estatisticamente significativas relacionadas com comportamento do fumador regular (n = 1900 alunos).....	70
Tabela 20 – Variáveis Satisfação escolar	73
Tabela 21 – Caraterização da amostra face às variáveis de desempenho escolar(n=1900)	74
Tabela 22 – Associação entre classificação quantitativa e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	75
Tabela 23 – Associação o tempo voa quando estou a estudar e comportamento do fumador (n = 1900 alunos).....	75
Tabela 24 – Associação sinto-me forte e saudável quando estou a estudar e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	76
Tabela 25 – Associação sinto-me entusiasmado com os meus estudos e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)	77
Tabela 26 – Associação entre variáveis socioeconómicas estatisticamente significativas e estatuto fumador, análise multivariada: <i>Odds ratio</i> (95% IC) separados por sexo.	78
Tabela 27 – Associação entre variáveis socioeconómicas estatisticamente significativas e estatuto fumador, análise multivariada: <i>Odds ratio</i> (95% IC) separados por sexo.	78

Lista de Siglas

CSDS – Comissão Social para os Determinantes de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EU – União Europeia

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

F. – Feminino

FAS – *Family Affluence Scale*

F.Regular – Fumador Regular

HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*

IC – Intervalo de confiança

IDT/SIDAC – Instituto da Droga e Toxicodependência/Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

M. – Masculino

N – Amostra

Nº - Número

NS/NA – Não sabe/Não se aplica

N.Fumador – Não Fumador

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

SILNE - *Smoking Inequalities - Learning from Natural Experiments*

SES – Estatuto Socioeconómico

SE – Socioeconómico

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

As desigualdades socioeconómicas em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde entre grupos socioeconómicos na população. Estas apresentam três características fundamentais: são sistemáticas, são produzidas socialmente e são díspares (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006).

São conhecidas diversas causalidades para a existência de desigualdades socioeconómicas em saúde, sendo as maiores o rendimento, a educação e os estilos de vida.

Marmot (2013) defende que as condições de vida díspares provocam desigualdades de poder, dinheiro e recursos. Estas diferenças nas condições de vida diárias provocam desigualdades socioeconómicas em saúde. No entanto, segundo Stringhini *et al* (2010) fatores comportamentais como os estilos de vida contribuem, em grande parte, para as desigualdades socioeconómicas em saúde. Considerando a amostra do estudo *British Whitehall II*, Stringhini *et al* (2010) concluíram que, quando os comportamentos de saúde são avaliados de forma longitudinal, têm maior impacto na explicação das desigualdades socioeconómicas. A análise destes autores sugere que: os comportamentos de saúde explicam uma parte substancial das desigualdades sociais na mortalidade e demonstram a importância das mudanças de comportamentos de saúde de forma longitudinal.

Nesta linha, Cutler e Lleras-Muney (2010) mostram elevadas desigualdades socioeconómicas nos comportamentos e que o rendimento, o seguro de saúde e o *background* socioeconómico explicam 30% do gradiente.

À adolescência está associada uma fase de mudança, em que o adolescente experiencia novas situações, onde podem estar incluídos comportamentos de risco. É neste período que muitos adolescentes afirmam o seu estilo de vida e podem iniciar o consumo regular de tabaco até à idade adulta (Mistry *et al*; 2011). Além disso, estudos internacionais demonstram que as desigualdades socioeconómicas na infância contribuem para as desigualdades da mortalidade e da morbilidade na idade adulta (POWER *et al*, 2005). Também existem evidências que comprovam uma ligação entre comportamentos de risco na idade adulta e estatuto socioeconómico da criança. O estatuto socioeconómico da criança pode comprometer o desenvolvimento cognitivo, assim como o desempenho escolar, que, por sua vez, terá consequências na adoção de comportamentos de risco na idade adulta. (GALOBARDES; LYNCH; SMITH, 2004)

Portanto, é crucial determinar se existem desigualdades socioeconómicas nos comportamentos de risco dos adolescentes, que se irão traduzir em desigualdades nos comportamentos dos adultos, criando as futuras desigualdades socioeconómicas na mortalidade e morbilidade.

Em Portugal a forma como as desigualdades sociais afetam o consumo de tabaco nos adolescentes é uma preocupação crescente, visto que as desigualdades sociais em saúde são elevadas (ANTUNES, 2010), o mesmo se passando com o tabaco (ALVES; KUNST; PERELMAN, 2013). No entanto, poucos estudos existem sobre este tema. Este trabalho pretende contribuir para a existência de evidências científicas que possam comprovar este fato, a partir de uma amostra de alunos de seis escolas de Coimbra.

2. ESTADO DE ARTE: TABAGISMO NOS JOVENS E DESIGUALDADES SOCIAIS

2.1. Enquadramento Histórico

O consumo de tabaco é um fenómeno relativamente recente na história que atingiu de forma pandémica as populações a nível mundial.

As primeiras referências ao tabaco surgem entre populações nativas do continente americano que o utilizavam como psicoestimulante e como produto medicinal.

Em meados do século XVI foi introduzido no continente Europeu que posteriormente o levou para o continente Africano e Asiático. Neste período, o tabaco foi consumido nas suas formas mais arcaicas em forma de charutos ou cachimbo. Em 1881, com a criação da máquina de enrolar cigarros, o consumo de tabaco atingiu uma enorme expansão a nível europeu (NUNES, 2006).

Após a Primeira Guerra Mundial, a indústria do tabaco explorou ideias de liberdade, emancipação, poder, criou novos significados nos papéis sociais das mulheres. Já na II Guerra Mundial foi fortemente utilizado pelas tropas aliadas.

Foi nos primórdios dos anos 50 que foi publicado o primeiro estudo sobre os efeitos do tabaco após um aumento do número de mortes por cancro de pulmão e no início dos anos 60 foi comprovada a relação direta entre consumo de tabaco e cancro do pulmão (FRAGA *et al.*, 2005).

Os primeiros estudos publicados foram liderados por *Richard Doll e Austin Bradford Hill* que demonstraram a causa efeito entre a quantidade de cigarros fumados e a incidência de cancro do pulmão (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2013).

Já nos anos 70 reinava o ambiente liberal levando a barreiras à implementação de campanhas efetivas contra o consumo de tabaco. Em 1977 a Organização Mundial de Saúde classificou a dependência do consumo de tabaco na Classificação Internacional de Doenças (MARS; LING, 2008).

Na década de 80, introduziram-se medidas preventivas contra o consumo de tabaco, nomeadamente, com a introdução pela OMS do Dia Mundial sem Tabaco (FRAGA *et al.*, 2005).

Nos anos que antecederam a revolução de 1974, Portugal era um dos países mais pobres e isolados da Europa ocidental. Após este período convergiu económica e

socialmente para o nível dos países vizinhos. A entrada do país para a União Europeia, em 1986, estreitou laços comerciais com os restantes países, abrindo caminho ao crescimento económico, mas, também, à disseminação da indústria tabaqueira.

Historicamente, o consumo de tabaco começou em países de elevado rendimento com a adoção do comportamento inovador por grupos de alto padrão socioeconómico, mais tarde veio a ser rejeitada por este grupo (HUISMAN; KUNST; MACKENBACH, 2005).

O alastrar da epidemia do tabaco é facilitada por uma variedade de fatores complexos com efeitos que ultrapassam fronteiras, incluindo a liberalização do comércio, o marketing global, a publicidade, a existência de cigarros de contrabando.

2.2. Tabaco e mortalidade

Os primeiros estudos que existem sobre tabaco e mortalidade estão direcionados para a população masculina, no sentido que os homens foram responsáveis pelo início do consumo (GREAVES, 2007).

O consumo de tabaco provoca uma multiplicidade e gravidade de doenças à população exposta ao seu consumo. Constitui, atualmente, a primeira causa de morte evitável nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2013).

A OMS estimou que no século XX, o consumo de tabaco foi responsável por 100 milhões de mortes a nível mundial, prevendo que o número possa atingir o bilião em pleno século XXI caso se mantenham as tendências atuais de consumo (MACHADO; NICOLAU ; MATIAS DIAS, 2009).

Segundo a OMS, reportando dados de 2004, anualmente morrem, a nível mundial, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, sendo que 650 000 estão situadas na União Europeia. Estimam-se que, a menos que sejam adotadas medidas fortes de prevenção, este número possa atingir os 8 milhões nas décadas procedentes. Foram atribuíveis, em 2004, ao consumo de tabaco na população adulta (≥ 30 anos): 12% do total de mortes (16% nos homens e 7% nas mulheres), 71% das mortes por cancro da traqueia, brônquios e pulmão, 42% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), 36% das mortes por doenças respiratórias, 22% das mortes por todos os tipos de cancro, 12% das mortes por Doenças Isquémicas do Coração (DIC), 10% das mortes por

doenças cardiovasculares, 5% das mortes por doenças transmissíveis e 14% por doenças não transmissíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

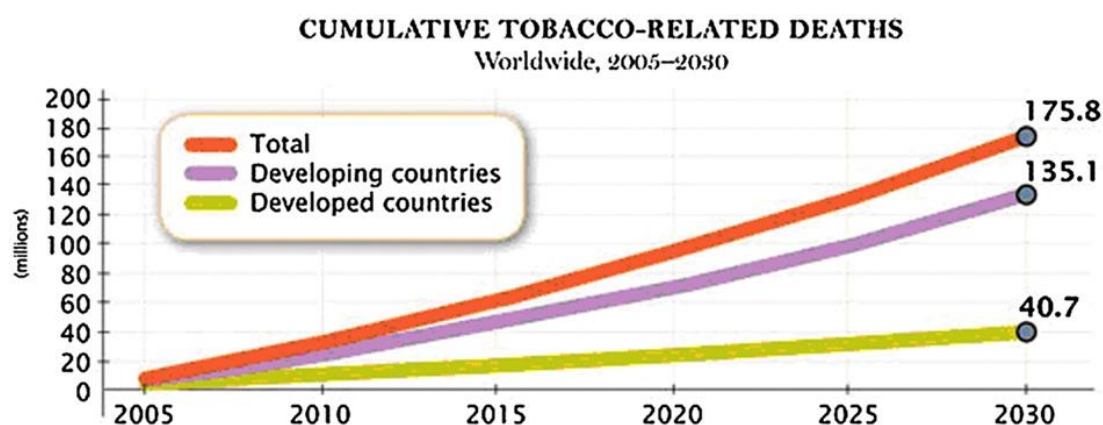
No que diz respeito a Portugal, a OMS estabeleceu, em 2004, que o tabaco foi responsável por cerca de 10% das mortes por diversas patologias na população com 30 e mais anos. Percentagem esta que, para o sexo masculino, se centra nos 17 % no grupo etário entre os 45 a 59 anos (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2012).

Dados de 2005 apontavam para uma estabilização na mortalidade por cancro do pulmão nos homens nos países do centro, sul, mais ocidentais e nórdicos, estando a aumentar nos países do leste europeu (FRAGA *et al.*, 2005).

No ano de 2005 morreram cerca de 12600 pessoas por doenças decorrentes do consumo de tabaco, correspondendo a uma percentagem de 11,7 % das mortes, valor superior ao verificado em 2004.

O número de mortes associadas ao consumo de tabaco irá continuar a crescer, na medida em que se prevê que em 2030 existam mais fumadores que actualmente. Este fato encontra-se relacionado com o aumento global da população, especialmente nos países de baixo e médio desenvolvimento como podemos observar na Figura 1 (MACKAY, 2012).

Figura 1– Mortes relacionadas com o tabaco. (Fonte: Mackay, 2012)



2.3. Doenças associadas ao consumo de tabaco

O consumo de tabaco é diretamente responsável por diversas patologias tendo um grande destaque ao nível das doenças crónicas. Aumenta substancialmente o risco de cancro do pulmão e é a causa direta provável de outros cancros, tais como: cavidade oral,

laringe, esófago, estômago, rim, bexiga. É uma das causas mais importantes de doença cardiovascular (acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, enfarte agudo do miocárdio), assim como pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crónica, enfisema pulmonar). Tem efeitos devastos na gravidez estando associado a aborto espontâneo, gravidez ectópica, morte fetal *in utero*, parto pré-termo e baixo peso à nascença (FRAGA *et al.*, 2005).

O consumo de tabaco está associado ao aumento risco de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), sendo o risco superior nos mais jovens do sexo masculino. Os ex-fumadores têm um risco maior de EAM do que os não-fumadores, mas esse risco diminui com o tempo após a cessação do consumo (TEO, 2006).

A nicotina, alcaloide vegetal contido no tabaco, tem propriedades psicoativas com capacidade para produzir dependência física e psicológica. De acordo com o *U.S. Department of Health and Human Services*, o consumo de tabaco é responsável por cancro do pulmão, cavidade oral, laringe, faringe, esófago, pâncreas e estomago. Existe evidência de relação com o cancro da bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda (NUNES, 2006).

Fumar tem consequências diretas na saúde de crianças e jovens. Fumar durante o período da adolescência produz problemas de saúde significativos como aumento da gravidade dos problemas respiratórios, decréscimo no rendimento físico, perfil lipídico desfavorável, potencial retardamento na taxa de crescimento pulmonar e no nível máximo da função pulmonar (MACEDO; PRECIOSO, 2006).

2.4. Epidemiologia do Tabaco

2.4.1. Epidemiologia do Tabaco nos jovens em Portugal e no Mundo

O uso do tabaco é, sem dúvida, o comportamento ligado ao género de maior importância para a saúde pública. Globalmente, nascer do sexo masculino, é, em muitas partes do mundo, o maior preditor do uso do tabaco.

Dados de 2006 revelam que mundialmente existem cerca de 1 bilião de adultos (idade superior a 15 anos) que são fumadores, este numero tende a subir para 1,7 biliões entre 2020-2025. Cerca de 200 milhões de mulheres são fumadoras, número que está a aumentar, ao contrário do sexo oposto que atingiu um declínio, embora lento (GREAVES,

2007). Fato confirmado por OH *et al.* em 2010 que referem que a prevalência do tabagismo entre mulheres europeias varia muito. No entanto, a Europa apresenta níveis de prevalência de tabagismo superiores aos restantes continentes.

No Reino Unido, o consumo de tabaco em homens (com idade superior a 15 anos) tem diminuído gradualmente de 61% em 1960 para 22% em 2007, e nas mulheres (com mais de 15 anos), tem similarmente diminuído de 42% em 1960 a 20% em 2007 (HAKESLEY-BROWN,2008). Após 2009, conforme a tabela 1 demonstra, o consumo geral de tabaco no Reino Unido aumentou.

A tabela 1 demonstra a percentagem de fumadores existentes na Europa em 2006, 2009 e 2012. Nos países contidos neste estudo reparamos que França, Holanda, Itália e Suécia aumentaram os seus consumos. Países como Portugal e a Bélgica diminuíram, ligeiramente, o consumo.

Tabela 1 – Evolução do consumo de tabaco na Europa, 2006,2009,2012. (Fonte: “Attitudes of Europeans Towards Tobacco”, 2012.)

EVOLUÇÃO CONSUMO DE TABACO (2006-2012)									
	Fumadores (%)			Ex- Fumadores (%)			Nunca fumadores(%)		
	2006	2009	2012	2006	2009	2012	2006	2009	2012
França	23	23	28	24	22	24	53	55	48
Holanda	19	24	24	32	29	31	50	47	45
Itália	17	22	24	10	10	13	73	67	62
Suécia	8	10	13	31	29	30	68	61	57
Portugal	24	23	23	12	13	15	64	64	62
Bélgica	28	24	27	16	19	20	54	55	52
EU 27	24	27	28	21	20	21	55	53	51

Em relação a Portugal, os dados mais recentes são os do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. A prevalência de fumadores à data do inquérito era de 20,8 %, o que corrobora os dados da tabela 1. Uma avaliação mais detalhada permite o entendimento que, no que diz respeito ao sexo masculino, cerca de 31% são fumadores, já no sexo

feminino, cerca de 11, 8 % das mulheres portuguesas são fumadoras. Ressalta que nesta data, mais de metade da população portuguesa do sexo masculino já tinha consumido tabaco (56,9%), enquanto no sexo oposto, 81,3 % das inquiridas referiram nunca ter fumado.

A região Centro do país apresenta uma prevalência de consumo de 20,5 % para o sexo masculino e 8,3 % para o sexo feminino, sendo a região que evidenciou menor proporção de homens que fuma diariamente, mas, curiosamente, é a região que está associada a maior prevalência de consumidores ocasionais (4,1%) (MACHADO; NICOLAU ; MATIAS DIAS, 2009).

Os dados deste inquérito face aos anteriores permitem referir que a maioria dos fumadores manteve ou aumentou a quantidade de tabaco consumida. O sexo feminino aumentou o consumo em 5,2 %, face a resultados do anterior inquérito (MACHADO; NICOLAU ; MATIAS DIAS, 2009).

Segundo dados recolhidos pelo 3.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012 (BALSA; VITAL; URBANO, 2013), na população entre os 15 e os 74 anos, as prevalências do consumo de tabaco, em 2012, foram de: 44,3% ao longo da vida, 25,9% no último ano e de 24,2% no último mês.

A designada Lei do Tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto) veio alterar os hábitos tabágicos entre os fumadores. O relatório da primeira avaliação do impacto da Lei do Tabaco, relativamente ao período 2008-2010 (DGS, 2011), reuniu evidência de que a prevalência do consumo do tabaco diminuiu cerca de 5% no período de dois anos de vigência da lei.

2.4.2. Epidemiologia do Tabaco nos adolescentes em Portugal e no Mundo

Dados da Organização Mundial de Saúde permitem compreender que mais de 24 % das pessoas, a nível mundial, inicia o consumo de tabaco por volta dos 10 anos de idade. A iniciação é influenciada por fatores socioeconómicos e, geralmente, o sexo masculino inicia prematuramente o consumo em relação ao sexo oposto.

Existem diversos estudos a nível Europeu sobre prevalência de consumo de tabaco nos adolescentes, para comparação de resultados foi selecionado o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2009-2010. O HBSC é um estudo internacional de adolescentes dos países da Europa, Israel e América do Norte, realizado

em colaboração com a Organização Mundial da Saúde. O estudo recolhe dados sobre indicadores sociais e de saúde, bem como comportamentos de saúde, fornece dados comparáveis sobre estilos de vida e de saúde dos jovens através da utilização de um protocolo comum. O estudo HBSC baseia-se numa investigação transversal em crianças de 11, 13 e 15 anos de idade, em idade escolar. As amostras são divididas de forma representativa em 1500 estudantes de cada um dos três grupos etários. Os estudantes preenchem o questionário durante uma aula após a instrução do professor ou investigador. O HBSC tem vindo a recolher dados sobre adolescentes, a cada quatro anos desde 1982 (SCHNOHR *et al.*, 2009).

De acordo com o HBSC 2009/2010, em Portugal, no sexo feminino, cerca de 16% das raparigas e 19% dos rapazes referem que iniciaram o consumo de tabaco aos 13 anos e aos 15 anos, 10% das raparigas e 11% dos rapazes inquiridos refere fumar pelo menos uma vez por semana. Dados do HBSC 2005/2006 refletem que entre 23% das raparigas e 26% dos rapazes referem ter iniciado o seu consumo de tabaco aos 13 anos, podendo concluir que a iniciação do consumo de tabaco diminuiu de 2005 para 2009. Aos 15 anos, em 2005, cerca de 12% das raparigas com 15 anos de idade fumava pelo menos uma vez por semana e 9% dos rapazes com 15 anos consumia tabaco pelo menos uma vez por semana, concluindo com estes resultados que a prevalência de consumo semanal de tabaco nos rapazes aumentou de 2005 para 2009.

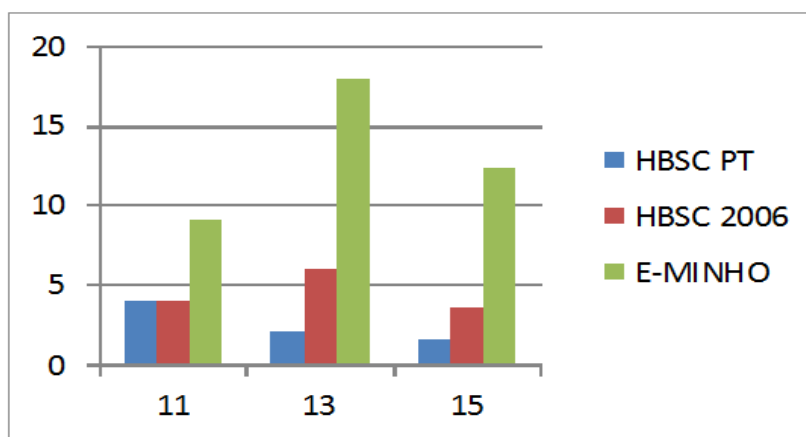
A prevalência de fumadores regulares de tabaco nos adolescentes escolarizados portugueses é uma das mais baixas da Europa. No entanto, aproximadamente 1 em cada 10 adolescentes de 15 anos são consumidores regulares de tabaco (CURRIE *et al.*, 2005).

De acordo com os estudos realizados em Portugal, em meio escolar (ensino público), a maioria dos jovens portugueses começou a fumar entre os 13 e os 16 anos. (FEIJÃO, 2011)

Num estudo realizado no ano letivo de 2008-2009, numa amostra constituída por 8764 alunos, de 57 escolas Portuguesas, demonstra que 9,6% dos alunos são consumidores regulares de tabaco (consomem tabaco diária ou semanalmente) e 2,9% são consumidores ocasionais, 10,2% dos rapazes e 9,1% das raparigas são consumidores regulares de tabaco e 3,3% dos rapazes e 2,6% das raparigas consomem ocasionalmente. A prevalência de consumidores regulares na amostra total é mais elevada nos rapazes do que nas raparigas, sendo a diferença estatisticamente significativa. O consumo de tabaco

ocasional é mais prevalente na região Centro (3,4%). Como podemos verificar pela figura 2, os dados revelam que a prevalência de consumo de tabaco em crianças/adolescentes escolarizados portugueses, aos 15 anos de idade, é mais baixa do que a prevalência média registada no total dos países do estudo HBSC (18% em rapazes e 19% em raparigas). A prevalência de fumadores regulares com 15 anos de idade é mais elevada nos rapazes (12,3%) do que nas raparigas (8,6%), ao contrário do que se verificou no estudo HBSC-Portugal, no qual a prevalência de fumadores regulares, com a mesma idade, era superior nas raparigas (12%) em relação aos rapazes (9%). Os dados da prevalência, de acordo com a idade, mostram que uma grande parte das crianças/adolescentes já é fumador pelos 12/13 anos de idade (PRECIOSO *et al.*, 2012).

Figura 2 – Prevalência (%) do consumo de tabaco em jovens de acordo com a idade (em anos), diferença entre 3 estudos. (Fonte: Precioso *et al.*, 2012)



Segundo os Inquéritos Nacionais em Meio Escolar (IDT/SICAD), a experimentação do consumo de tabaco nos adolescentes portugueses escolarizados, do ensino público, sofreu um decréscimo na década de 2001 a 2011. Em 2011 registou-se, no entanto, relativamente a 2006, uma subida na percentagem de adolescentes portugueses escolarizados, do ensino público, que já experimentaram fumar, fumaram no último ano, ou fumaram nos últimos 30 dias.

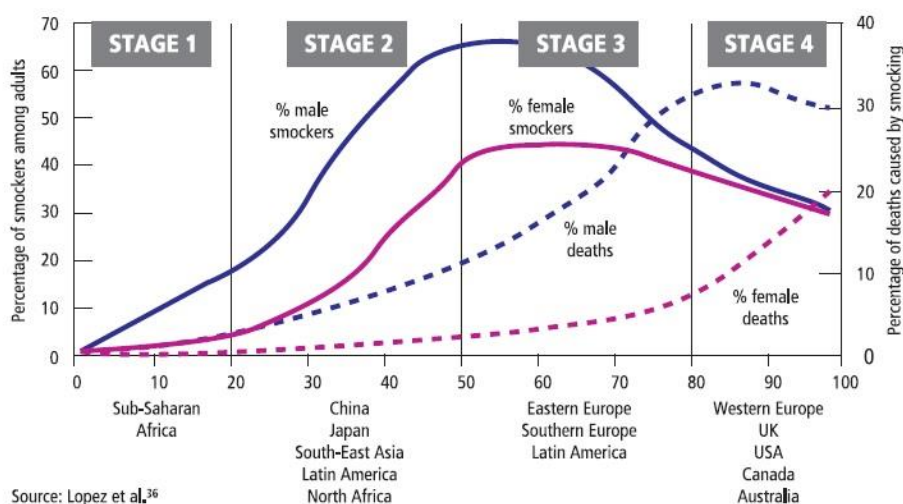
2.4.3 Fases da epidemia

Existe um modelo, baseado em quatro fases que ajuda a explicar a progressão do consumo de tabaco através de populações ao longo do tempo, como se pode verificar pela Figura 3.

Na fase 1, as taxas de consumo são baixas, mas o consumo aumenta nos homens e fumar é um comportamento de exceção típico nas classes mais altas ou nas mais desfavorecidas. Na fase 2, os países experimentam um forte aumento de consumo de tabaco no sexo masculino, enquanto o consumo nas mulheres começa gradualmente a subir, e o ato de fumar é alargado a todas as classes sociais. Na fase 3, as taxas de consumo nos homens atingem um pico e tendem a diminuir, enquanto nas mulheres começa a aumentar de forma acentuada. Na fase 4, a queda da taxa de prevalência mantém-se mas a mortalidade aumenta no sexo feminino, e torna-se um comportamento mais frequente das classes sociais mais baixas. Estas quatro fases permitem concluir que, geralmente, as mulheres iniciam o consumo numa fase mais tardia que os homens (GREAVES, 2007).

Os Estados Unidos da América e a maioria dos países do norte da Europa atingiram já o quarto *estadio*, revelando uma maior prevalência de consumo de tabaco entre as classes sociais mais baixas e menos escolarizadas. No lado oposto, no *estadio* dois, estão países asiáticos e latino americanos que apresentam maiores prevalências entre os homens, sem distinção entre estratos sociais. A maioria dos países do sul da Europa enquadra-se no *estadio* 3 (FRAGA *et al.*, 2005).

Figura 3 – Fases Epidemia Tabágica. (Fonte: Greaves, 2007)



No que respeita a Portugal, as mulheres enquadram-se na fase 2 do consumo. Os dados referentes à população masculina sugerem uma transição da fase III para a fase IV (CARREIRA *et al.*, 2012).

2.5. Desigualdades Socioeconómicas

2.5.1. Evidências sobre Desigualdades Socioeconómicas em Saúde

A saúde é um fenómeno complexo que pode ser avaliado em diversos ângulos.

A preocupação internacional sobre desigualdade de classes surge cedo, em 1948, ano em que a OMS reconhece o impacto das condições sociais e políticas em saúde e a necessidade de colaboração com sectores diferenciais para alcançar ganhos em saúde. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata reforçou a necessidade de equidade em saúde, abordando as condições sociais através de programas intersectoriais. Em 1980 surge, com a publicação do *Black Report*, um marco na compreensão do impacto das condições sociais na iniquidade na saúde (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2007).

Em 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde concluiu que as desigualdades sociais em saúde surgem por causa das desigualdades nas condições de vida diária. A agenda dos últimos 20 anos foi desenvolvida com base num crescente corpo de evidências, que mostra que pessoas que vivem em circunstâncias sociais desfavorecidas são mais propensas à doença, incapacidade e a morrerem mais cedo do que aquelas que vivem em circunstâncias mais favorecidas. Assistimos a um aumento nas desigualdades na saúde por nível socioeconómico (STARFIELD B *et al.*, 2002).

Há duas razões principais para considerar a saúde como um bem especial: a saúde está diretamente relacionada com bem-estar de uma pessoa, e a saúde permite que o funcionamento da pessoa enquanto agente (ANAND, 2002).

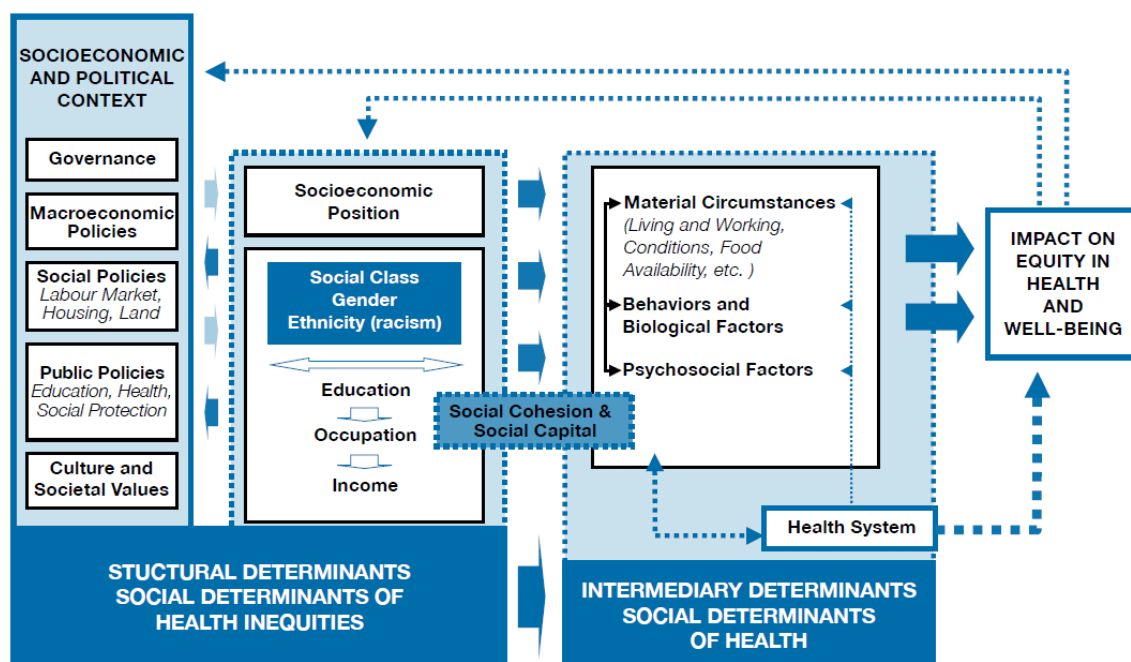
A OMS define desigualdades socioeconómicas como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, condições ou circunstâncias que são moldadas pelas famílias e comunidades e pela distribuição do dinheiro, poder e recursos nos níveis globais, nacionais e locais.

O termo desigualdade em saúde é usado para discutir as disparidades ou iniquidades nos resultados de saúde: são diferenças de saúde que não são apenas desnecessárias e inevitáveis, como também injustas (HERNANDEZ; MONTANA; CLARKE, 2010).

2.5.1.1. Causalidades das Desigualdades Socioeconômicas em Saúde

A diminuição das desigualdades em saúde é possível atuando nas suas causas determinantes. A figura 4 representa a caracterização da estrutura social sendo esta composta por um conjunto de fatores que posicionam o indivíduo na sociedade, como a educação ou o rendimento, os quais podem determinar a sua predisposição e sabedoria para utilizar os recursos existentes. Os determinantes sociais influenciam a literacia e as atitudes perante os serviços de saúde, os quais podem condicionar a utilização dos cuidados de saúde (PEREIRA; FURTADO, 2010).

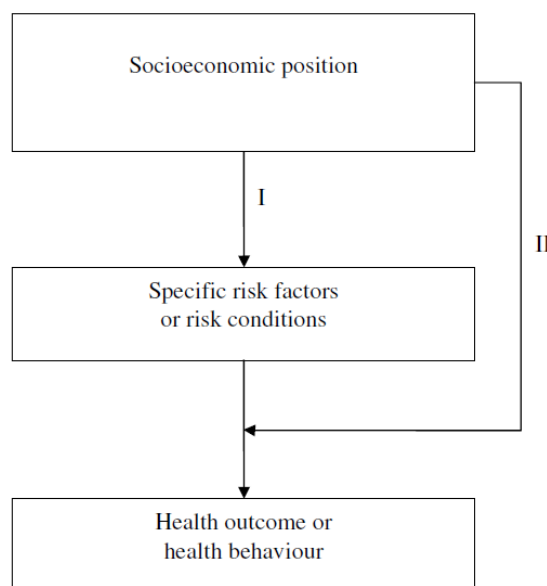
Figura 4 – Influência dos determinantes sociais na saúde. (Fonte: OMS; 2010)



Whitehead *et al.*, 2000, propôs uma ferramenta para a compreensão das desigualdades em saúde que esboça quatro mecanismos principais: a estratificação social, a exposição diferencial, a diferença de sensibilidade e as consequências. Estes mecanismos são usados para explicar como a posição social e o contexto social podem desempenhar um papel na formação de padrões sociais de comportamentos de risco em relação à saúde (figura 5). Esta linha de investigação considera que diferentes posições sociais podem exercer diferentes probabilidades de serem expostas a determinantes específicos ou riscos para a saúde (figura 5, I). Além disso, o efeito sobre a saúde de um determinante específico

pode variar de acordo com a exposição a outras causas que interagem. Este mecanismo é denotado como suscetibilidade diferencial (figura 5, II).

Figura 5 – A estrutura conceitual para o estudo de impacto da posição socioeconómica sobre a saúde. (Fonte: Whitehead et al., 2000)



Os mesmos autores defendem que os problemas de saúde de cada indivíduo têm consequências sociais e económicas, devido à incapacidade para o trabalho e aos custos de cuidados de saúde. Estas consequências dependem não só o grau do problema, mas também da posição social do indivíduo, do meio ambiente e das políticas sociais, podem servir de base para os caminhos etiológicos e contribuir para o desenvolvimento da doença no indivíduo (Figura 4 e 5).

A desvantagem financeira pode afetar a saúde através de vários mecanismos, os que se posicionam numa classe socioeconómica baixa apresentam maiores níveis de *stress* psicossocial vivendo de forma negativa os eventos de vida diária, têm acesso reduzido a instalações de saúde e produtos, estão mais expostos a riscos de saúde ocupacional e apresentam piores condições habitacionais, fatores que contribuem para a adoção de comportamentos de risco tais como o consumo de tabaco, uma dieta inadequada, o consumo excessivo de álcool e a falta de exercício físico (MACKENDBACH, 2006).

Marmot *et al.*, 1997 concluiu o mesmo que o anterior autor, que existem vários tipos de explicação para as desigualdades sociais em saúde. As características

socioeconómicas do indivíduo adulto têm uma conexão causal com a saúde. É importante estar ciente que os fatores explicativos estão interligados: por exemplo, a maior frequência de desvantagem de rendimento pode explicar, em parte, maior frequência de *stress* psicossocial ou falta de exercício físico e tempo de lazer.

A maneira tradicional de medir as desigualdades na saúde é através do nível socioeconómico, que pode ser definido pela posição de um indivíduo no mercado de trabalho. No entanto, dimensões como género, etnia, idade e local de residência são dimensões importantes da diferença social (CURRIE *et al.*, 2012).

Classe Social

Nas sociedades, pessoas com maior estatuto socioeconómico tendem a desfrutar de melhor saúde, sendo que as circunstâncias no início da vida desempenham um papel crucial na determinação da evolução da situação socioeconómica e saúde durante a vida adulta (CUTLER; LLERAS-MUNEY; VOGL, 2008).

As posições hierárquicas superiores têm mais acesso à saúde, sendo detentores de maior conhecimento que lhes permite aproveitar melhor os recursos de saúde (Elo, 2009). O rendimento de cada família tem fortes correlações com saúde, maiores rendimentos acedem mais facilmente à saúde. Sendo saudáveis existe maior capacidade de participar no mercado de trabalho e aceder a um salário justo (CUTLER; LLERAS-MUNEY; VOGL, 2008).

Rendimento

Existem duas correntes sobre a forma como o rendimento afeta o estado de saúde. A corrente Psicossocial (KAWACHI; KENNEDY; WILKINSON, 1999) e a corrente Neomaterial (LYNCH *et al.*, 2000). De acordo com a corrente Psicossocial a posição relativa do indivíduo na sociedade é basilar no estado de saúde individual, o nível de desigualdade de rendimento afeta o estado de saúde mediante a perceção do ambiente social em que o indivíduo está inserido. A comparação de estatuto socioeconómico (SES) pode gerar sentimentos negativos, tais como angústia, insegurança, inferioridade, e menor nível de confiança interpessoal. Estes sentimentos traduzem-se em comportamentos de risco, como, por exemplo, o uso excessivo de álcool e tabaco. De acordo com a abordagem Neomaterial, a distribuição de rendimento determina um conjunto específico de

características económicas, políticas, sociais e institucionais que afetam o nível de investimentos em recursos humanos, sociais e de saúde (MACINKO *et al.*, 2003). Nesse sentido, o efeito da desigualdade de rendimento sobre o estado de saúde ocorre através de mecanismos materiais. Em sociedades desiguais, a segmentação territorial em áreas ricas e pobres é mais acentuada. Nas localidades onde prevalecem classes sociais mais altas, o nível de investimentos em bens e serviços públicos é mais elevado. Quando a desigualdade de rendimento é menor, a segregação espacial é menos acentuada e a distribuição da oferta de bens e serviços é menos concentrada (LYNCH *et al.*, 2000).

Macinko *et al.* 2003., propõem a seguinte tabela resumo entre a relação do baixo rendimento e saúde.

Tabela 2 – Relação do baixo rendimento e saúde

CAUSAS	ARGUMENTO
Estatuto Social	A desigualdade de rendimento resulta em processos de comparação social traduzidas em hierarquias sociais causadoras de <i>stress</i> levando a piores resultados de saúde para os mais desfavorecidos.
Coesão Social	A desigualdade de rendimento corrói os laços sociais, diminui os recursos sociais, e resulta em menor confiança e participação cívica, maior criminalidade, e outras condições insalubres.
Rendimento Individual	Menores recursos económicos resultam em dificuldade para evitar riscos e prevenir doenças.
Desinvestimento social	A desigualdade de rendimento resulta em menor investimento em condições sociais e ambientais (habitação segura, boas escolas) necessários para a promoção da saúde entre os mais pobres.
Saúde	Os mais pobres em qualquer sociedade são geralmente os mais doentes. As pessoas não estão doentes porque são pobres. A doença reduz a capacidade para o aumento do rendimento individual

O rendimento individual é um poderoso determinante da saúde individual, se aumentar o rendimento individual elevamos a saúde individual por uma quantidade decrescente (SUBRAMANIAN; KAWACHI,2004).

Educação

Os resultados de saúde variam de acordo com o estatuto socioeconómico da população. No entanto, fatores como a educação podem igualmente afetar estes resultados (ELO,2009).

Um ponto de partida adequado para qualquer discussão sobre o gradiente das desigualdades socioeconómicas em saúde é a educação, visto que um bom estado de saúde permite que as crianças atinjam um nível de escolaridade superior tornando-os mais propensos a um estado saudável na vida adulta. A expectativa de uma vida mais longa e saudável induz o aumento do investimento em capital humano, tendo maior propensão para investir em saúde individual como cuidados de saúde preventivos (vacinas, exames auxiliares de diagnóstico), apresentando tendencialmente comportamentos saudáveis. (CUTLER; LLERAS-MUNEY; VOGL, 2008). Estudos mundiais sobre mortalidade demonstraram que o nível de educação de cada indivíduo apresenta uma associação significativa entre menor educação, piores condições de saúde e maior mortalidade. Nos Estados Unidos, estudos demonstram que um maior nível de escolaridade materno está associado a menor mortalidade infantil e maior bem-estar da criança (ELO,2009).

Ocupação

O indicador ocupação é importante pois ajuda a determinar o espaço dos indivíduos na hierarquia social. Esta medida tem potencial de identificar as relações de trabalho de poder e/ou subordinação entre empregadores e empregados, podendo, frequentemente, indicar a exposição ao risco ocupacional profissional (Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde, 2010).

Género

Em muitas sociedades, o género pode abrir precedentes à discriminação. Modelos socialmente construídos de masculinidade podem ter consequências para a saúde, podendo incentivar, por exemplo, a violência ou o abuso de substâncias nocivas. Em muitas sociedades, as mulheres sofrem discriminação sistemática no acesso ao poder, prestígio e recursos, tendo como principal consequência iniquidades nas mulheres no acesso à educação e a empregos bem remunerados. Destes padrões decorrem riscos para a

saúde. As mulheres geralmente trabalham em setores profissionais inferiores (Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde, 2007).

As mulheres são mais propensas que os homens a relatar que a sua saúde geral é pobre, o que pode, em parte, ser atribuível à tendência de desigualdade no nível socioeconómico (MARMOT, 2013).

Etnia

Em sociedades marcadas pela discriminação e exclusão racial, há diferenças marcadas nas oportunidades e trajetórias ao longo do curso de vida. O estado e os resultados de saúde entre os grupos étnicos/raciais discriminados são muitas vezes significativamente piores do que os registados em grupos mais privilegiados (Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde, 2007).

2.5.1.2. Evolução das Desigualdades Socioeconómicas em Saúde

Na década de 90, Portugal assistiu ao desenvolvimento económico e social considerável, sendo que o nível educacional, o acesso a serviços de saúde, as condições de trabalho da população sofreram uma franca melhoria. No entanto, na última década o país encontra-se em profunda recessão, o que leva a um aumento das desigualdades socioeconómicas de saúde (SANTANA, 2002).

Segundo Santana (2002) citado por Graham (2000), apesar da população portuguesa em geral ter uma esperança média de vida elevada, esta tendência é menos significativa entre as pessoas desfavorecidas. O estado de saúde dos mais desfavorecidos difere da generalidade da população Portuguesa. Os setores mais pobres são, simultaneamente, os que experimentam as maiores dificuldades de acesso a cuidados de saúde. Este facto é particularmente relevante, não só em Portugal mas em outros países da Europa do Sul.

2.5.2. Desigualdades socioeconómicas no consumo de tabaco em Portugal e no Mundo

2.5.2.1. Evidências sobre Desigualdades Socioeconómicas no consumo de tabaco em Portugal e no Mundo

As desigualdades em saúde entre grupos de diferente SES é um dos principais desafios para a saúde pública e estudos sobre este tema podem ajudar a identificar oportunidades de redução das desigualdades em saúde.

As taxas de prevalência de fumadores diferem substancialmente nos países europeus de acordo com o nível de escolaridade das pessoas, classe ocupacional e nível de rendimento. O tabagismo é o maior contribuinte individual de desigualdades socioeconómicas na taxa de mortalidade no Norte da Europa. A padronização de fumar por SES dentro de um país reflete o estadió da epidemia do tabagismo no país. A maioria dos países da União Europeia (UE) é caracterizada pela quarta (última) fase da epidemia. Nestes países, os grupos SES menores têm maiores taxas de prevalência do tabagismo, níveis mais altos de consumo de cigarros. Alguns países da UE estão em estádios menores (HISCOCK *et al.*, 2012).

As comparações entre as taxas de mortalidade dos países podem ajudar a identificar oportunidades para a redução das desigualdades socioeconómicas em saúde.

Mackenbach *et al.*, 2008 comparou a magnitude das desigualdades na mortalidade e autoavaliação de saúde entre 22 países da Europa, concluindo que existe variação em toda a Europa na magnitude das desigualdades em saúde associados ao nível socioeconómico, que podem ser reduzidas, melhorando oportunidades de educação, distribuição de renda, comportamentos relacionados com a saúde, ou o acesso a cuidados. Na maioria dos países, as taxas de mortalidade e baixas autoavaliações de saúde foram substancialmente mais elevadas em grupos de nível socioeconómico mais baixo. As desigualdades encontradas na taxa de mortalidade foram pequenas na maioria dos países do sul da Europa e grandes na maioria dos países do leste e Regiões bálticas. Os mesmos autores atribuíram as variações entre países a causas de morte relacionadas com o tabagismo ou o consumo de álcool. No que diz respeito ao consumo de tabaco, as desigualdades ao nível da educação estão mais presentes na região Sul da Europa, visto que estes países se encontram numa fase anterior da epidemia (MACKENBACH *et al.*, 2008).

2.5.2.2. Causalidades das Desigualdades Socioeconómicas no consumo de tabaco em Portugal e no Mundo

Educação

A educação tem vantagens em relação a outras medidas de desigualdades visto que tem significados semelhantes em todo o mundo, serve como um indicador de permanente e é determinado relativamente cedo na vida (COWELL, 2006).

Nalguns países subdesenvolvidos, o início tardio do consumo de tabaco entre as mulheres pode afetar as disparidades educacionais no tabagismo. As mulheres mais instruídas, com maior liberdade e motivações para inovar, podem inicialmente adotar o consumo de forma superior às mulheres menos educadas. Se assim for, as disparidades educacionais no consumo devem ser menores para as mulheres que para os homens (PAMPEL, 2008).

Num estudo realizado por Huisman, Kunst, Mackenbach por meio de uma análise de dados transversais numa amostra de 48.694 homens e 52.618 mulheres com idades superiores a 16 anos, de 11 países da União Europeia, em 1998, concluíram que as desigualdades no tabagismo relacionadas com a educação foram, em geral, maiores em comparação com as desigualdades de rendimento entre homens de todos os países, e entre mulheres do norte da Europa. Entre as mulheres do sul da Europa, a escolaridade não difere muito em magnitude. Em Portugal e na Grécia, as mulheres mais instruídas e com um maior rendimento fumam mais. As desigualdades educacionais foram superiores às desigualdades relacionadas com o rendimento entre os homens em todos os países, e entre as mulheres no Norte da Europa. Para as mulheres dos países do Sul da Europa, a magnitude das desigualdades entre educação e rendimento são semelhantes.

Schaap e Kunst, em 2008, realizaram uma revisão da literatura de mais de 70 estudos sobre tabagismo concluindo que o nível de educação é um fator chave da prevalência de desigualdades no consumo. No entanto, é necessário estudar outros fatores, como a ocupação e as condições habitacionais que podem fornecer pistas sobre o papel do ambiente de trabalho.

Utilizando os Questionários de Saúde Mundiais, com uma amostra de 99661 homens e 123953 mulheres, Pampel e Denney concluíram que a educação em geral reduz o início de comportamento fumar. Rendimentos mais elevados podem aumentar o acesso a cigarros entre os grupos de baixa educação, mas os problemas de saúde associados podem apresentar maiores custos para os grupos mais educados que gozam de maior longevidade.

Uma fase posterior de difusão parece envolver a rejeição do tabagismo e a busca de estilos de vida saudáveis por grupos de melhor educação, ao mesmo tempo que o comportamento de fumar cresce entre os grupos menos instruídos.

Nagelhout *et al.*, 2012, utilizaram dados Holandeses desde 2001-2008 e concluíram que dos entrevistados, os menos educados eram significativamente mais propensos a serem fumadores, fumam mais cigarros por dia e apresentam índices mais elevados de iniciação precoce. As desigualdades de rendimento foram menores do que as desigualdades educacionais e não foram todas significativas. Entre as mulheres, as desigualdades educacionais ampliaram de forma significativa entre 2001 e 2008 para a prevalência do tabagismo, a iniciação do tabagismo e cessação do tabagismo. Entre as mulheres de baixa escolaridade, a prevalência de tabagismo manteve-se estável entre 2001 e 2008. Entre mulheres de educação moderada a alta, a prevalência de tabagismo diminuiu significativamente. Entre os homens, as desigualdades educacionais alargaram significativamente entre 2001 e 2008.

Os efeitos da educação e do rendimento no consumo de tabaco diferem entre os países, visto que a difusão do tabagismo entre a população difere entre países europeus (CAVELAARS, 2000).

Eek *et al.*, em 2010, realizaram comparações transversais de diferenças socioeconómicas e de género no comportamento de fumar entre 6995 dinamarqueses e 13 604 suecos com idades entre 18-80 anos. Concluíram que o padrão socioeconómico do tabagismo, com base no nível de educação, foi bastante diferente na Suécia e Dinamarca. Como um padrão geral, as diferenças socioeconómicas na Suécia, tendem a contribuir mais para o peso total do consumo entre as mulheres, especialmente nos grupos etários mais jovens. Nos homens, os padrões eram muito mais semelhantes entre os dois países.

Rendimento e Posição SES

Nos países com maior rendimento, os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, tendem a apresentar taxas de consumo de tabaco mais altas que os grupos mais favorecidos. O consumo de tabaco entre os grupos pobres e sem instrução contribui substancialmente para a disseminação do consumo de tabaco a nível Mundial e aumento das disparidades relacionadas com o tabagismo (BLAKELY *et al.*, 2005).

Dados dos 50 países que participaram nos Levantamentos de Saúde Mundial em 2002-2003, com uma amostra final de 247421 indivíduos, permitem concluir que a relação entre posição socioeconómica e tabagismo nos países mais pobres é dinâmica. Nos países mais ricos, os homens mais pobres foram mais propensos a ser fumadores na maioria das regiões da OMS, especialmente no Sudeste Asiático e no Pacífico Ocidental. Os gradientes entre as mulheres são geralmente mais fracos, embora não menos heterogéneo dentro e entre regiões (HARPER; MCKINNON, 2012).

A prevalência do tabagismo a nível internacional pode servir como um ponto de partida para explicar a variação das disparidades no consumo de tabaco. Numa perspetiva económica de custos, existe uma dimensão curvilínea que pode ser influenciada por dois mecanismos. Nos países de baixo rendimento existe um efeito de preço: os cigarros estão mais disponíveis para as pessoas de maiores rendimentos. Nos países de altos rendimentos, onde maior longevidade pode ter efeitos nos anos de vida potencialmente perdidos através do consumo de tabaco, há um efeito saúde-preço. O efeito preço de consumo aumenta entre os grupos de menor educação, enquanto o efeito custo de saúde aumenta entre os grupos de rendimento mais elevado. Os grupos com melhor educação têm maior acesso aos cuidados de saúde, informações sobre os custos de saúde, estilos e condições de vida saudáveis que os incentiva a evitar o consumo (PAMPEL; DENNEY, 2011).

O consumo de tabaco é frequentemente iniciado durante a adolescência, numa época em que o ambiente escolar exerce um papel importante na vida diária, sendo que o desempenho escolar e pressão dos pares estão relacionados à iniciação precoce do consumo de tabaco e são suscetíveis de serem relacionados com menor nível educacional (AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999). No entanto, após o término do ensino escolar obrigatório e entrando no mercado de trabalho, existem outros determinantes socioeconómicos, como o rendimento, que podem ter influência na incidência e prevalência do tabagismo (HUISMAN; KUNST; MACKENBACH, 2005).

Em diversos países são encontradas desigualdades socioeconómicas que seguem o contexto sociopolítico de cada país. Desenvolver medidas para diminuir as desigualdades na saúde é um desafio. Em primeiro lugar, por causa da multiplicidade de fatores que influenciam a saúde e as desigualdades na saúde. Em segundo lugar, geralmente há um lapso de tempo em atividades com impacto devido à natureza da

interação entre os determinantes da saúde e resultados de saúde. Em terceiro lugar, muitos dos métodos associados com intervenções no campo da saúde humana, nem sempre são aplicáveis às intervenções que procuram influenciar os determinantes da saúde e outros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde (MARMOT, 2013).

2.5.3. Desigualdades socioeconômicas no consumo de tabaco nos adolescentes

2.5.3.1. Evidência Internacional

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças ao nível físico, psicológico, emocional, cognitivo, comportamental e social. Os jovens enfrentam, nesta fase, escolhas e mudanças que podem resultar em comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias nocivas (MICHAEL; BEN-ZUR, 2003). Na adolescência consolidam-se hábitos adquiridos na infância e incorporam-se novos estilos de vida que podem ser mais suscetíveis ao ambiente (SCHNOHR, 2009). O estilo de vida pode ser materializado em inúmeras variáveis, tais como hábitos alimentares, exercício físico, consumo de substâncias nocivas, acidentes rodoviários, idade de início das relações sexuais, saúde oral, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, ocupação de tempos livres. Um estilo de vida saudável reflete um padrão comportamental que mantém uma estreita relação com a saúde. Um padrão comportamental que acarreta consequências negativas para a saúde e desenvolvimento do indivíduo pode definir-se como estilo de vida de risco (RODRIGO *et al.*, 2004).

Os estilos de vida estão significativamente associados com a SES, sendo que adolescentes com piores estilo de vida estão em maior risco de consumo de tabaco, visto que alguns destes gastam seu tempo pós-escolar no trabalho, a fim de contribuir para o rendimento da família. Assim, estes adolescentes podem não ter tempo para participar de extracurricular atividades, ou para incorporar o exercício nas suas rotinas diárias, e como um resultado, podem tornar-se mais sedentários e mais propensos a comportamentos de risco (HENSON; CHEN, 2013).

Vinner *et al.*, 2012, sustenta que os processos biológicos e de socialização na adolescência permitirão oportunidades únicas de desenvolvimento social de determinantes que poderão afetar a saúde.

Segundo Thorlindsson *et al.*, 2012, para entender como o capital social afeta a saúde, é importante diferenciar o nível micro social, do nível macro social. A estrutura macro social da organização social pode ser descrita em termos de características económicas e demográficas, como a pobreza concentrada, a desigualdade do rendimento, a mobilidade residencial, proporção de famílias monoparentais, a composição étnica e a estrutura institucional formal. Características macro sociais não afetam diretamente o comportamento individual. Os processos micro sociais que refletem a rede social em que o indivíduo está imerso mediam as influências no nível macro. Dessa forma, os mecanismos sociais que influenciam as pessoas em relacionamentos contínuos ligam o nível macro social e individual. Estas características funcionam ao nível do grupo através de mecanismos sociais, como a confiança, o apoio social e controle social. Uma abordagem integrada para a promoção e prevenção da saúde deve incluir uma consciência de como esses diferentes níveis interagem para influenciar comportamentos relacionados com a saúde. Os autores rebuscam a teoria de Coleman e referem que as características estruturais da comunidade, tais como baixo rendimento médio dos pais, altas proporções de famílias monoparentais, e altos níveis de mobilidade residencial, contribuem para um aumento do tabagismo na adolescência, pois reduzem o capital social da comunidade, independentemente das características individuais (THORLINDSSON *et al.*, 2012).

As desigualdades socioeconómicas são geralmente exploradas por meio de **medidas de estatuto social** (FINKELSTEIN *et al.*, 2006).

Educação

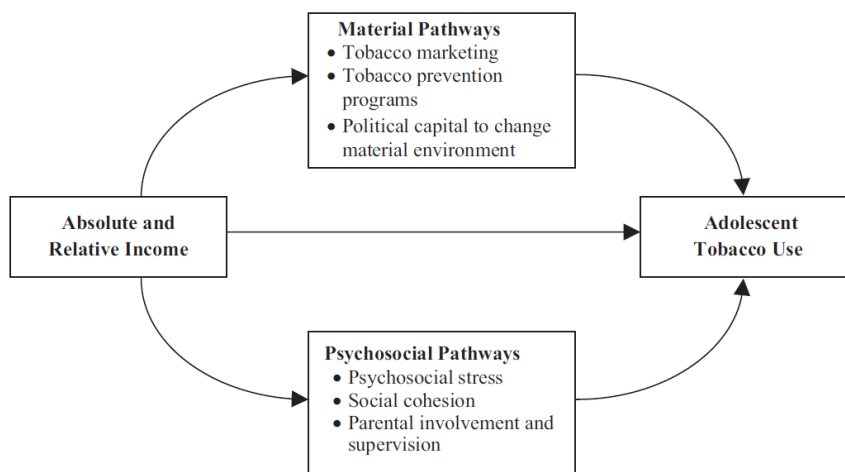
Estudos internacionais demonstram que um nível de escolaridade superior está directamente relacionado com a adoção de estilos de vida saudáveis.

Yang *et al* (2008), demonstraram que as mulheres que não tiveram educação têm maior associação ao risco de adotarem comportamentos de risco. Kestila *et al* (2006) concluíram que uma baixa escolaridade dos pais aumentou o risco de adversidades na infância. Está, também, fortemente associada com o consumo de tabaco diário pelos adolescentes. Um estudo realizado na Alemanha, com uma amostra de adolescentes dos 12 aos 17 anos demonstra que ter pais altamente educados está associado com uma menor prevalência de consumo de tabaco (KUNTZ; LAMPERT, 2013).

Rendimento

Uma posição socioeconómica mais desfavorecida é mundialmente associada a um padrão onde o consumo de tabaco se dissemina. *Schnohr* e os seus colegas relatam, em 2009, que múltiplos fatores sociais demonstraram influenciar o adolescente para o consumo de tabaco. A extensão da diferença de rendimento entre ricos e pobres tem sido associado com uma série de *outcomes* de saúde, mas os mecanismos subjacentes às relações observadas não são claros. Existem conflitos sobre a relação entre o rendimento absoluto e relativo e o consumo de tabaco. O rendimento absoluto e relativo pode ter efeitos diferenciados sobre subgrupos populacionais caracterizados por idade, género e etnia. Mistry *et al.*, 2013 realizam um estudo baseado na proposição de que o rendimento relativo e absoluto poderia ser associado com a iniciação precoce de consumo de tabaco e estabelecida através de fatores materiais e psicossociais (Fig. 6). No que diz respeito à via material, o risco de consumo de tabaco na adolescência pode ser maior em áreas caracterizadas por níveis de rendimento mais baixos e / ou diferenças de rendimento maiores, porque tais áreas podem estar mais sujeitas a comercialização predatória, bem como menor número de programas de prevenção do consumo de tabaco e menor acesso a outros recursos da comunidade que podem diminuir o risco do consumo de tabaco na adolescência. Além do efeito do rendimento absoluto, o rendimento relativo pode ser associado à redução do capital político, especialmente em grupos economicamente desfavorecidos. Áreas mais pobres tendem a ter uma maior densidade de revendedores de tabaco em relação às áreas mais ricas (MISTRY *et al.*, 2013).

Figura 6 – Rendimento, bens materiais e consumo de tabaco na adolescência (Fonte: Mistry et al., 2013)



Baixos níveis de SES são mais propensos a desenvolverem comportamentos de risco no que diz respeito à saúde, aumentando a sua suscetibilidade a problemas de saúde, pode colocar indivíduos em risco por uma variedade de razões, como ter menos acesso a cuidados de saúde, vida mais pobre em condições, menos conhecimento sobre as consequências negativas de comportamentos que comprometem a saúde e maior *stress* psicológico (HENSON; CHEN, 2013).

Estudos Internacionais

Os adolescentes apresentam pouco poder económico, são estudantes, normalmente não participam no mercado de trabalho. Na maioria das vezes, o SES do pai ou mãe é o aplicado aos adolescentes. Dados sobre o SES família pode ser difícil de colher em jovens, porque não sabem ou não estão dispostos a revelar tais informações resultando na não-resposta sobre a ocupação dos pais variando de 20% a 45% relatado por diversos estudos (CURRIE *et al.*; 2008).

É um desafio metodológico definir desigualdades socioeconómicas entre crianças e adolescentes, uma vez que os indicadores usados para adultos são inadequados para pesquisa nessas faixas etárias. Candence Currie desenvolveu uma escala, a *Família Affluence Scale* (FAS). Currie, *et al.* (1997) utilizaram o conceito de condições materiais da família como base para a FAS, selecionando os seguintes itens:

- As perguntas devem ser simples de responder, não-intrusivas e não-sensíveis;
- Utilização de múltiplos itens em vez de componentes individuais;
- As perguntas devem ser relevantes para as circunstâncias económicas atuais;
- Deve haver o potencial de criar um conjunto comum de indicadores para o HBSC.

Ao formular a FAS, Currie, *et al.* (1997) escolheram um conjunto de itens que refletia despesas da família e consumo que foram relevantes a situação da família no início de 1990, na Escócia. No seu formato inicial, década de 1990, a FAS do HBSC foi composta de três perguntas de resposta fácil: número de telefones em casa, ter carro, e a criança ter seu próprio quarto (SCHONOHHR *et al.*, 2009). Nos anos seguintes, a escala foi

sendo adequada às circunstâncias de cada país, em 2005/2005, a FAS utilizava as questões: "A sua família possui um carro, carrinha ou camião?" Categorias de resposta foram: Não (= 0); Sim, um (= 1); Sim, dois ou mais (= 2). "Você tem seu próprio quarto?" Categorias de resposta foram: Não (= 0); Sim (= 1). "Durante os últimos 12 meses, quantas vezes viajou de férias com a sua família?" Categorias de resposta foram: Nem um pouco (= 0); Uma vez (= 1), duas vezes (= 2), mais de duas vezes (= 3). "Quantos computadores que sua família tem?" Categorias de resposta foram: Nenhum (= 0); um (= 1), dois (= 2), mais de dois (= 3). A pontuação da FAS foi calculada para cada jovem com base nas respostas a estes quatro itens, uma escala ordinal de três pontos foi composta para a análise, em que:

- FAS 1 (pontuação = 0-3) indicou baixa afluência
- FAS 2 (escore = 4, 5) indicou afluência média
- FAS 3 (pontuação = 6, 7) indicaram riqueza (CURRIE *et al.*, 2008).

Desde o desenvolvimento inicial da FAS, foram feitos esforços para a validar tanto a nível nacional como internacional.

Ao investigar os resultados de saúde dos adolescentes em relação à FAS, as desigualdades foram reveladas numa ampla gama de diferentes medidas de saúde, como a alimentação, a atividade física, o bem-estar mental. As associações da FAS são fortes para os resultados de saúde que se relacionam com a cultura e comportamento familiar, mas nem tanto para alguns comportamentos onde as normas de pares são uma influência potencialmente poderosa (CURRIE *et al.*, 2008).

Os fatores socioeconómicos têm um papel crucial no desenvolvimento físico, psicológico e social das crianças, a adolescência é um período chave para o surgimento de desigualdades de saúde que persistem na vida adulta. As relações entre desigualdades socioeconómicas e comportamentos de saúde estão relatadas no estudo HBSC que se mantém, ao longo dos anos, líder no desenvolvimento de indicadores para quantificar e monitorizar as desigualdades socioeconómicas.

O HBSC de 2010 revelou que para Portugal, relativamente ao estatuto socioeconómico com base na categorização das profissões, a maioria dos pais pertence à categoria 4 (Figura 7), com base na FAS (GASPAR de MATOS *et al.*, 2012).

Figura 7 – Estatuto Socioeconómico dos pais em 2010. (Fonte: Gaspar de Matos et al., 2012)

	1(Elevado)	2	3	4	5(Baixo)	N/Classificável
Pai (n= 4129)	11,5 %	12,1%	14,2 %	48 %	10,7 %	3,5 %
Mãe (n = 3706)	17,4 %	6,8 %	15,7 %	35,3 %	21,5 %	3,5 %

De uma amostra de 5050 jovens entre os 11 e os 13 anos, 4911 jovens referem ter quarto próprio; cerca de metade dos jovens refere que a sua família tem dois carros ou mais (n = 4925); a maioria dos jovens refere ter ido passar férias com a família nos últimos doze meses (n = 4926); cerca de um terço da amostra refere a existência de dois e outro terço refere a existência de mais de dois computadores (n= 4943).

Utilizando os dados do HBSC 2010, em relação à FAS, a iniciação de consumo de tabaco, foi significativamente mais prevalente entre os adolescentes de famílias de menor afluência em poucos países. Nenhum país ou região mostraram uma relação positiva e significativa. Baixa FAS foi significativamente associada com aumento da prevalência do consumo semanal de tabaco numa minoria de países. Esta relação é significativa em 9 países, para rapazes, e 13 países, para raparigas, foi significativamente associado positivamente com a FAS na Roménia. Como uma exceção notável para os outros domínios da saúde, nenhum padrão claro das desigualdades de saúde emerge em comportamentos de risco. Os resultados do HBSC 2010 constataam que os comportamentos de risco são complexos e que, na maioria dos casos, têm pouca associação com a FAS (CURRIE *et al.*, 2012).

Os resultados de 2006 do estudo HBSC refletem que, em relação à iniciação do consumo de tabaco precoce, existe uma associação significativa entre a iniciação do consumo de tabaco precoce e riqueza da família em alguns países, exceto um, que mostra uma associação com baixa FAS. Países do norte da Europa mostram a associação mais consistente, especialmente para as raparigas. No que diz respeito ao consumo semanal, o HBSC 2006 revela que as maiores taxas de tabagismo semanal estão associadas com menor nível de FAS em quase todos os casos, com especial força para as raparigas no norte da Europa. As associações significativas são identificadas entre FAS e iniciação do

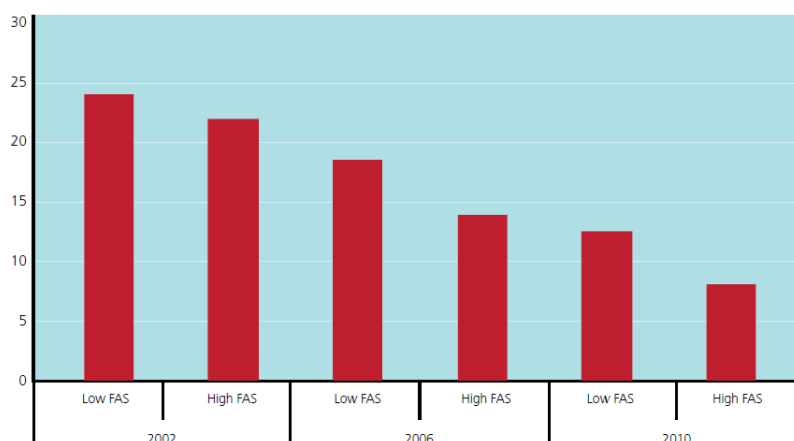
consumo de tabaco em poucos países. O início de consumo precoce está associado a uma baixa FAS, estudantes de famílias menos abastadas são mais propensos a fumar semanalmente (CURRIE *et al.*, 2008).

Em conclusão, os dados de 2010 e 2006 são semelhantes em praticamente todos os países estudados, a baixa relação entre FAS e consumo de tabaco pode estar relacionada com o facto de os comportamentos de risco tenderem a desenvolver-se num período em que a influência da família é reduzida e são levantadas outras influências sociais, particularmente a pressão por pares. Deve-se reconhecer que as medidas da FAS avaliam apenas uma dimensão de posição socioeconómica.

Vários estudos têm surgido nos últimos anos para avaliar a relação entre tabagismo no adolescentes e FAS. Esta relação, por exemplo, na Irlanda, na reunião de vários estudos realizados no país, constatará altas taxas de consumo de tabaco entre adolescentes que vivem em meios desfavorecidos. Crianças de famílias de baixa FAS são mais propensas a iniciar o consumo precocemente, sendo mais evidente na República da Irlanda. Baixa FAS foi associada significativamente com o consumo de tabaco na adolescência (MCAVOY *et al.*, 2013).

Pelos dados do HBSC, de 2002 até 2010, pela FAS verifica-se que os adolescentes proveniente de classes sociais mais baixas experimentam mais vezes o consumo de tabaco que os de classes sociais mais altas, como se pode observar pela figura 8 (MCAVOY *et al.*, 2013).

Figura 8 – Proporção de crianças em idade escolar (com idades entre 10-18) na República da Irlanda, que relataram que nunca tinham fumado pela FAS (Fonte: HBSC 2002,2006, 2010)



Um outro estudo, reportando dados do HBSC de 2006, com uma amostra de 20399 adolescentes da Dinamarca, Suécia, Noruega, Finlândia e Reino Unido, relata que existem desigualdades no consumo diário entre estes adolescentes, com a associação a ser parcialmente mediada pelo desempenho académico. As análises mostraram que o desempenho académico é um mediador importante dos efeitos da posição social família no consumo de tabaco (SCHNOHR *et al.*, 2009).

Num estudo com amostra de 1515 adolescentes, com idades entre os 15 e os 18 anos, verificou-se que uma posição de desvantagem socioeconómica é especificamente associada com um padrão de desenvolvimento onde o consumo de tabaco se inicia precocemente (GREEN *et al.*, 2013).

Pobreza

Crescer num ambiente socioeconómico desfavorável está associado a comportamentos familiares de conflito, e de maior *stress* psicossocial (ATTREE, 2004).

Existem diversos fatores que contribuem para as desigualdades em saúde nos jovens, nomeadamente: a pobreza, difícil acesso aos cuidados de saúde, as decisões dos pais onde está implícita a educação, as desigualdades de classes sociais e raciais (HERNANDEZ; MONTANA; CLARKE, 2010).

As ligações entre pobreza e saúde infantil são extensas, fortes e incisivas, os resultados de saúde são piores entre as crianças que são provenientes de níveis SES mais baixos (HERNANDEZ; MONTANA; CLARKE, 2010).

A pobreza está associada a uma escolaridade mais pobre e a um estilo de vida menos saudável pois reduz o acesso a cuidados de saúde e diminui as expectativas positivas de vida no futuro (GASPAR de MATOS, 2008).

Guio e Maquet (2004) definem privação material como a ausência forçada de uma combinação de itens de condições materiais de vida, tais como: condições de habitação, posse de bens duráveis, e capacidade de suportar requisitos básicos.

O Comité de Proteção Social definiu recentemente um indicador não monetário de condições de vida como meio de avaliar a exclusão social. Os itens incluídos no indicador devem, idealmente, atender aos seguintes requerimentos: refletir a falta de um padrão de vida normal comum à maioria da população na União Europeia e à maioria dos seus Estados-Membros; permitir comparações internacionais ao longo do tempo e serem sensíveis às mudanças no nível de vida das pessoas (GUIO; MARQUET, 2004).

A intensidade da privação material corresponde à inexistência de três de nove itens (INE, 2010). Esses itens serão: capacidade para fazer face a despesas inesperadas; capacidade para pagar uma semana de férias por ano fora de casa; existência de dívidas; capacidade de fazer uma refeição com carne frango ou peixe de dois em dois dias; capacidade de manter a casa quente; ter uma máquina de lavar, uma TV a cores, um telefone ou carro próprio (Rede Europeia Anti Pobreza, 2012).

Em Portugal, em 2011, 20,9% da população encontrava-se em situação de privação material, valor inferior ao verificado em 2009 (22,5%). Entre 2004 e 2011, apenas no ano de 2006 se verificou uma taxa de privação material inferior à identificada em 2011. Em 2011, 8,3% da população encontrava-se em situação de privação severa. Em 2010, esta percentagem era de 9% e, em 2004, era de 9,9%.

Destaca-se ainda que, para a população em situação de privação material, o número médio de itens em falta, ou seja, a intensidade da privação material, é de 3,6, um valor semelhante ao verificado em 2010. A tabela abaixo representada resume os valores apresentados (Rede Europeia Anti Pobreza, 2012).

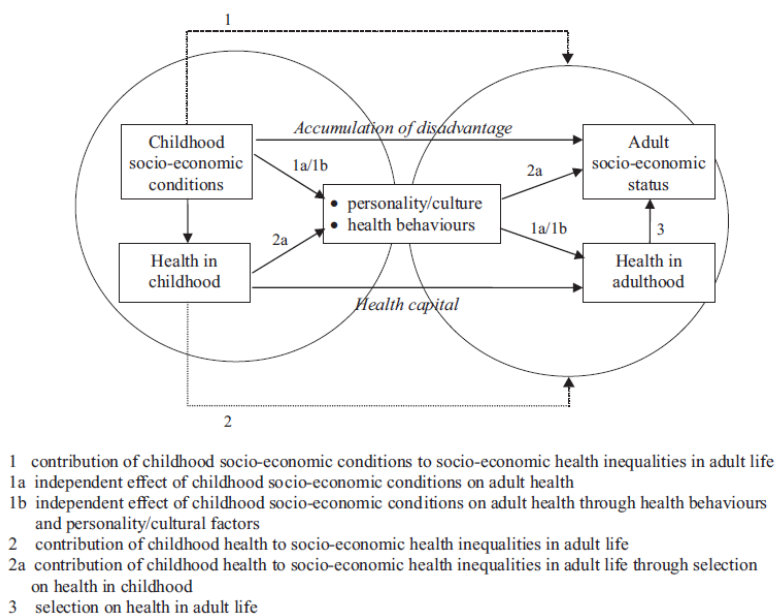
Tabela 3 – Indicadores de privação material Portugal (Fonte: Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (Rede Europeia Anti Pobreza; 2012).

Anos Referência dos dados	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taxa de privação material	21,7%	21,2%	19,9%	22,4%	23,0%	21,5%	22,5%	20,9%
Taxa privação material severa	9,9%	9,3%	9,1%	9,6%	9,7%	9,1%	9,0%	8,3%
Intensidade da privação material	3,7	3,7	3,7	3,7	3,6	3,7	3,6	3,6

Existem na literatura inúmeros modelos de como a pobreza influencia a infância. A figura 9 reflete um modelo em que circunstâncias socioeconómicas na infância (a) estão relacionada com a saúde, (b) define uma trajetória ao longo da vida que, se não for alterada, continuará a acumular desvantagem socioeconómica ao longo do tempo, e (c)

terá influência direta sobre a saúde de adultos e um efeito indireto através de processos mediadores de personalidade e de comportamentos de risco que poderão afetar a saúde.

Figura 9 – Influência das condições de vida na saúde do adulto (Fonte: Raphael, 2011, adaptado de: Stronks, and J Mackenbach. 1998.)



2.5.3.2. Causalidades

Atualmente começa a dar-se importância a outros aspetos, como a percepção de saúde, bem-estar psíquico, imagem corporal, relação com o meio familiar, a escola e o grupo de pares. Os estudos desenvolvidos na área da adolescência e dos seus comportamentos realçam dois conceitos fundamentais: **fatores de risco** e **fatores de proteção** (GASPAR DE MATOS, 2008).

A adoção de comportamentos de risco pode ser normal dentro do desenvolvimento social do adolescente visto estar a passar por um período de transições e mudanças pessoais e sociais (VINNER *et al.*; 2012). Segundo Yamovitzky citado por Gaspar de Matos (2008), o desenvolvimento da adolescência faz manifestar no jovem uma necessidade experiências novas, envolvendo comportamentos de risco com o objetivo de alcançarem novas sensações, nomeadamente o consumo de álcool e drogas, e comportamentos sexuais de risco.

Percepções subjetivas do estado social são poderosos preditores de saúde. Foram desenvolvidos instrumentos para medir o *status* social e avaliar as percepções dos

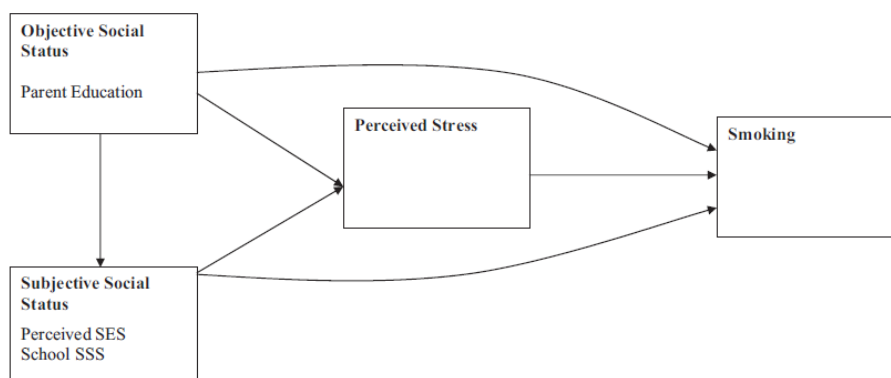
indivíduos do seu estatuto e como se relacionam com a sociedade em geral (FINKELSTEIN *et al.*, 2006).

Stress Psicossocial

O *stress* psicossocial é sugestivo de um mecanismo subjacente nas desigualdades sociais em saúde e pode, portanto, explicar o aumento tabagismo entre adolescentes de condições sociais desfavorecidas. É mais comum entre indivíduos de menor *status*, logo, os adolescentes de SES mais baixo podem perceber as suas vidas de forma stressante, devido aos desafios que enfrentam em casa e na sua comunidade, como viver em bairros degradados, o aumento da exposição à violência, a falta de supervisão dos pais devido às exigências do posto de trabalho (FINKELSTEIN *et al.*, 2006).

Até à data, tem havido pouca investigação sobre o papel do *stress* psicossocial na associação entre SES e tabagismo entre adolescentes. Segundo Finkelstein *et al.*, 2006, Baixo nível SES, educação dos pais inferior, influência a adoção de comportamentos de risco no início da vida e jovens com menor estatuto social teriam objetiva e subjetivamente níveis de *stress* mais elevados, o que pode explicar a associação entre *status* social e consumo de tabaco (Figura 10).

Figura 10 – Modelo teórico de relações entre status social, stress e tabagismo. (Fonte: Finkelstein et al., 2006)



Família

As famílias são a influência primária no desenvolvimento de crianças. Apoiar os pais para melhorar o desenvolvimento da primeira infância é uma etapa crucial para a melhoria saúde. Adolescentes que se sentem ligados à sua família são mais propensos a

adiar a iniciação sexual, apresentam níveis mais baixos de consumo de tabaco, álcool e drogas e são menos propensos à violência (VINNER *et al.*, 2012).

Os comportamentos relacionados com a promoção da saúde são aprendidos no contexto familiar na infância. O estilo de vida, os hábitos, a higiene, nutrição, atividade física, competências sociais e estratégias de comunicação são integrantes da educação da criança e do adolescente. Se estes aspetos falharem pode haver um comprometimento do estado de saúde do indivíduo (OMS, 2000).

O contexto familiar pode modificar a influência dos pares através de uma relação de proximidade com os adolescentes que inclua elementos como a ligação, aceitação, disponibilidade e diálogo (GASPAR DE MATOS; 2008)

Currie *et al.*, 2012 referem no estudo HBSC que os adolescentes que relatam a facilidade de comunicação com os pais são mais propensos a imagem corporal positiva, têm melhor autoperceção de saúde, tendem a não consumir substâncias de risco, apresentam maior satisfação com a vida. Fato corroborado por Morrow que em 2001 refere que quando as relações familiares são boas, os jovens percebem os pais como fonte de tranquilidade e segurança emocional.

Os adolescentes que apresentam desvantagem socioeconómica têm a percepção de benefícios da vida familiar comprometida pelas restrições associadas à pobreza (ATTREE, 2004).

O estudo HBSC 2010 revelou que a comunicação com as mães é mais fácil. No entanto, diminui significativamente com a idade. As raparigas provenientes de famílias de baixo SES relatam relações desacopladas com as mães e estão no grupo de risco de resultados negativos de saúde e educação.

Pares

A adolescência está em geral associada a uma progressiva aproximação do grupo de pares, sendo o grupo de pares um aspeto chave no desenvolvimento social na adolescência. A influência dos comportamentos dos pares é complexa, podendo estar relacionadas com comportamentos de risco.

Para os adolescentes, a influência de amigos e grupos aumenta à medida que a influência da família diminui (PERCY, 2003).

Borsari e Carey (2006) salientam fatores relacionados com o envolvimento escolar que potenciam a influência dos pares no consumo de substâncias: os adolescentes rodeados por pares e afastados de casa estão menos sujeitos ao controlo parental e, consequentemente, mais propensos ao consumo de substâncias. Ao longo do processo de ajustamento ao ambiente escolar, os jovens desenvolvem uma nova identidade psicológica, os pares funcionam como modelos, constituindo uma oportunidade de socialização. Como consequência, as atitudes e comportamentos de consumos dos pares são frequentemente relacionados como atitudes e comportamentos individuais.

Os jovens de famílias de baixo SES não conseguem fazer face às tendências de moda dos seus colegas e, em consequência, são vítimas de *bullying* (ATTREE, 2004).

O estudo HBSC 2010 revelou que as raparigas tendem a ser mais orientadas no relacionamento, formando relações mais estreitas com um grupos pequenos, enquanto os rapazes relatam maior número de amigos. Um elevado SES permite aos jovens uma participação ativa em mais atividades com as oportunidades de estabelecer amizades.

Escola

A escola é um elemento fundamental no desenvolvimento na vida dos jovens e influencia o desenvolvimento de comportamentos que terão efeitos sobre o futuro da saúde e satisfação de vida dos jovens (REES *et al.* , 2010).

O desempenho académico tem um papel crucial na adoção de comportamentos de risco e está relacionado com a posição socioeconómica (SCHNOHR, 2009) .

A Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde enfatizou a riqueza de evidências que conectam desenvolvimento educacional e realização no início de vida com resultados de saúde. A prioridade dada pela comunidade mundial na educação precoce é evidente no segundo objetivo de Desenvolvimento do Milénio: que todas as crianças completem a escola primária. O ensino escolar proporciona grandes benefícios para os adolescentes como melhoria do estado de saúde e bem-estar, aumentando a sua capacidade e motivação para assumir a responsabilidade por suas próprias vidas (OMS, 2008).

A experiência escolar positiva ajuda o desenvolvimento da saúde e bem-estar através da criação de experiências de desenvolvimento positivas, ao mesmo tempo que uma experiência negativa pode constituir um fator de risco, afetando a saúde física e

mental dos alunos. " Gostar da escola " tem sido, conseqüentemente, identificado como um fator de proteção contra comportamentos de risco. Os alunos que não gostam de escola ou não se sentem ligados a ela são mais propensos a maus resultados acadêmicos e doenças (ROWE; STEWART; PATTERSON, 2007).

Indivíduos com maior escolaridade possuem maiores recursos que pessoas menos instruídas, esta diferença pode afetar ganhos em saúde. Em primeiro lugar, maiores rendimentos levam os indivíduos a comprar bens que melhoram a saúde, aumenta a utilidade de viver para uma idade mais avançada (CUTLER; LLERAS-MUNEY, 2010).

Vários estudos concluíram que o tabagismo nos adolescentes pode ser uma resposta ao *stress* que enfrentam na pressão para ter sucesso na educação (KRISTJÁNSSON ; SIGFÚSDÓTTIR ; ALLEGRANTE, 2003). Cutler *et al* referem, num estudo realizado em 2002, que um nível educacional superior se encontra associado a uma menor probabilidade de fumar. As pessoas menos instruídas parecem ser mais influenciadas no que diz respeito ao preço de consumo de tabagismo (GRUBER, 2001).

Os adolescentes provenientes de meios menos favorecidos podem estar sujeitos a: condições habitacionais deterioradas, bairros de risco, pais menos instruídos, e menor acesso à informação, escolas mais degradadas. Logo, estes adolescentes podem observar comportamentos de risco em casa e fora de casa e apresentarem maior dificuldade na alteração de comportamentos.

A educação fornece aos indivíduos maior elasticidade na adaptação à mudança, aumenta a capacidade de enfrentar desequilíbrios e melhora a capacidade dos indivíduos para decifrarem as informações que recebem. No caso dos adolescentes, essa informação pode afetar estilos de vida e comportamentos de risco (CUTLER; LLERAS-MUNEY, 2010).

Segundo o HBSC 2010, a percepção da escola tende a piorar com o aumento da idade em todos os países e regiões. Os autores do estudo concluem que existe um padrão sistemático em que a escola não satisfaz as necessidades psicológicas básicas dos alunos de idades entre 11 a 15 anos.

Outros fatores

Além dos fatores referidos acima, existem outros fatores que podem afetar direta e indiretamente as desigualdades socioeconómicas nos adolescentes.

As comunidades são geralmente vistas como fator protetor, tendo efeitos sobre o bem-estar psicológico e emocional dos indivíduos. Os jovens desfavorecidos sofrem de falta de acesso a atividades de lazer estando mais vulneráveis a comportamentos de risco.

A maioria dos estudantes do ensino médio são jovens demais para comprar cigarros legalmente, obtendo cigarros das principais fontes sociais (amigos e família). Um aumento de impostos sobre o cigarro pode tornar fontes potenciais mais relutantes em fornecer cigarros aos jovens, ou levá-los a cobrar mais. Um estudo realizado por Carpenter e Cook revela que o aumento do imposto do tabaco vai ajudar a desencorajar os jovens de consumir tabaco.

Os adolescentes que crescem em circunstâncias desfavorecidas enfrentam uma série de ameaças à sua saúde e desenvolvimento. "Dar a cada criança o melhor começo de vida" (OMS, 2008) tornou-se um tema central nas estratégias de saúde pública que visam encontrar soluções que reduzam as desigualdades de saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento do estudo

A identificação do delineamento do estudo é uma fase crucial para o desenvolvimento de uma investigação epidemiológica. O presente estudo é **observacional**, visto que a investigação foi conduzida no sentido de medição e não de intervenção. Os estudos observacionais permitem que a natureza determine o seu curso, o investigador mede mas não intervém. Estes estudos podem ser descritivos ou analíticos, neste caso é analítico visto que aborda, com mais profundidade, a relação entre o estado de saúde e outras variáveis (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2006). É **transversal** na observação pois envolveu a medição num único instante de tempo. Estes estudos são de implementação facilitada pelo não envolvimento temporal, para além da determinação da prevalência (ou prevalências em estratos populacionais de interesse), servem também para efetuar análise exploratória de relações estatísticas entre doenças e possíveis fatores relacionados com as mesmas (AGUIAR, 2007).

3.2. Objetivo do estudo

O presente estudo enquadra-se no projeto *Smoking Inequalities – Learning from Natural Experiments* (SILNE) que apresenta uma duração de três anos é coordenado pela Universidade de Amesterdão e financiado pela Comissão Europeia no âmbito do Sétimo Programa-Quadro. O projeto SILNE visa gerar novas evidências empíricas sobre a eficácia das estratégias para reduzir as desigualdades socioeconómicas no consumo de tabaco com o **objetivo geral** de analisar várias experiências naturais na Europa, a fim de gerar novas evidências empíricas para desenhar as estratégias que visam reduzir as desigualdades socioeconómicas no tabagismo.

Este trabalho tem três **objetivos**:

- Caraterizar o perfil de consumo tabágico dos adolescentes em Portugal,
- Verificar a associação entre estatuto socioeconómico e consumo de tabaco nos adolescentes em Portugal,
- Avaliar se esta associação é explicada pelo desempenho escolar.

As **hipóteses de investigação** a que procuramos responder são:

- Será que os fatores socioeconómicos estão associados ao consumo de tabaco na adolescência?
- Será que o desempenho escolar explica as desigualdades de consumo de tabaco na adolescência?

3.2.1. Amostra

A amostra do projeto SILNE foi selecionada em seis cidades Europeias de dimensão mediana, representativas da média de rendimentos do país. Em cada país foram selecionadas de 4 a 13 escolas para participar no estudo. Os alunos apresentam idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos. A tabela 4 representa a totalidade da amostra. Em Portugal a amostra de alunos entre o 10º e 11º ano de escolaridade é composta por 2409 alunos, dos quais 1900 aceitaram participar no estudo.

Tabela 4 – Amostra Estudo SILNE

País	Cidade	Amostra Escola		Amostra alunos		
		Nº Escolas	Nº Turmas	Nº de alunos	Nº de participantes	% Resposta
Bélgica	Namur	7	154	2375	2133	89.81
Finlândia	Tampere	8	99	1744	1499	85.95
Alemanha	Hannover	13	87	2238	1476	65.95
Itália	Latina	8	129	2727	2085	76.46
Holanda	Amersfoort	8	96	2377	1922	80.86
Portugal	Coimbra	6	105	2409	1900	78.87
Total		50	670	13870	11015	79.42

Em Portugal, os questionários foram aplicados em Coimbra, durante os meses de Abril de 2013 e Outubro de 2013, em seis escolas, a alunos do 10º e 11º ano de escolaridade.

A recolha dos dados foi realizada por questionário, pessoalmente distribuído em sala de aula por investigadores da Escola Nacional de Saúde Pública após autorização dos encarregados de educação. O questionário apresentava-se dividido em secções sobre: “Os teus colegas de turma e os teus melhores amigos”, “Sobre ti”, “Saúde e Estilo de Vida”, “A tua experiência com o tabaco”, “A tua família”, “A tua família e a tua casa”, “Regras sobre fumar em tua casa”, “A tua escola e tu”. Os estudantes foram informados que a resposta era voluntária e confidencial. No final do preenchimento cada aluno colocava o respetivo questionário num envelope selado.

3.2.2. Variáveis em estudo

Atendendo aos dados provenientes dos questionários foram construídas variáveis que dessem resposta aos objetivos do estudo. Para melhor compreensão das variáveis escolhidas foi realizado um Plano de Operacionalização de variáveis.

3.2.2.1. Variáveis de Consumo de Tabaco

Na tabela 6, estão descritas as variáveis utilizadas sobre o consumo de tabaco nos adolescentes. As variáveis utilizadas reportam às questões seguintes: “Já experimentaste fumar, mesmo que só umas passas?”, “Que idade tinhas quando experimentaste?”, “Quantos cigarros fumaste na totalidade até agora?”, “Quantos cigarros fumaste nos últimos 30 dias?”, “Alguma vez tentaste deixar de fumar?”.

Na resposta dos alunos à questão se já tinha experimentado fumar, verificou-se que aqueles que respondiam não passavam às questões seguintes. No entanto, observou-se um elevado número de *missings*, motivo pelo qual foram recodificadas algumas variáveis.

De acordo com Mayhew, Flay, Mott (2000) foram definidas categorias de fumadores em seis classes:

- **Não fumador** – esta classe representa os adolescentes que nunca experimentaram o consumo de tabaco;
- **Já experimentou** – representa os adolescentes que responderam que já experimentaram fumar, mas que fumaram apenas um cigarro ou fumavam algumas vezes até ao momento do questionário e fumaram 1 ou 2 cigarros nos últimos 30 dias;

- **Experimenter** – são os alunos que já experimentaram fumar e que nos últimos 30 dias haviam fumado mais que um ou dois cigarros, mas que provavelmente consumiram menos de 100 cigarros até ao momento;
- **Fumador Regular** – corresponde aos adolescentes que fumam mensalmente e que já consumiram mais de 100 cigarros durante a vida;
- **Fumador Diário** – são os adolescentes que fumam diariamente.
- **Ex-fumador** – aqueles que já experimentaram fumar, que nos últimos 30 dias não consumiram qualquer cigarro ou já deixaram de consumir.

Com base nas categorias referidas anteriormente, foram construídas novas variáveis a fim de se categorizar o consumo de tabaco em três categorias: **Não fumador**, **Experimenter** e **Fumador regular**. Os que se definem como não fumadores e ex-fumadores foram incluídos na categoria 1, aqueles que se incluem no grupo já experimentou ou *experimenter* formam a categoria 2 e os que fumam diariamente ou regularmente formam a categoria 3.

3.2.2.2. Variáveis Socioeconómicas

As variáveis socioeconómicas utilizadas neste estudo serão: o nível de escolaridade dos pais, a situação face ao emprego dos pais, a *Family Affluence Scale* (FAS), a privação material, a posição social subjetiva e a semana.

Family Affluence Scale

Apesar dos adolescentes estarem cientes das desigualdades SES e oportunidades desiguais, muitos não relatam com precisão as ocupações dos seus pais ou os níveis de ensino, assim como os seus rendimentos (MCKENDRICK; CUNNINGHAM-BURLEY; BACKETT-MILBUR, 2003). Por forma a colmatar esta falha, Currie (2002) arquitetou a *Family Affluence Scale* (FAS). A FAS está conceptualmente relacionada com o consumo comum e índices de privação material habitacional. A escala é composta por quatro itens:

- A sua família possui um carro, carrinha ou camioneta? (Sim [1]; Não [2]; Sim, dois ou mais [3]), este item está relacionado com o índice de

privação desenvolvido pela Carstairs e Morris (1991), que é amplamente utilizado na investigação das desigualdades em saúde.

- Tens o teu próprio quarto? (Sim [1]; Não [2]). Este item é um *proxy* simples para a superlotação, classificada pela Townsend e Phillimore (1987), como a privação de habitação, e também é um componente do índice de privação.
- Durante os últimos 12 meses, quantas vezes viajou de férias com sua família? (Nunca [0]; Uma vez [1], Duas vezes [2]; mais de duas vezes [3]) Este item é uma medida de privação de condições habitacionais. (TOWNSEND, 1987).
- Quantos computadores possui a tua família? (Nenhum [1]; Um [2]; Dois [3]; Mais de dois [4]) este item tem sido amplamente utilizado para identificar famílias de maior SES em países desenvolvidos (BOYCE *et al.*, 2006).

Para obter o *score* da FAS, é realizado um somatório das respostas de cada aluno a cada pergunta. Para a maioria das análises é utilizada uma escala ordinal composta por três pontos principais, onde na categoria FAS nível baixo se incluem os alunos com score de 0,1,2; FAS nível mediano apresenta um score de 3,4,5 e FAS nível alto corresponde aos scores 6,7,8,9 (BOYCE *et al.*, 2006). Neste estudo, foi recodificada a variável para três níveis como defende o anterior autor.

Educação dos pais

A variável educação dos pais foi construída pela resposta à pergunta: “Qual o maior nível de escolaridade do seu pai/mãe?”.

As categorias de resposta para Portugal segundo o projeto SILNE são:

- Terminou a escola primária ou nível inferior
- Escola secundária incompleta
- Completou a escola secundária
- Ensino universitário incompleto
- Completou o ensino universitário
- Não sei

Após reconversão da variável procedeu-se à categorização por nível de ensino, atendendo à Lei de Bases do Sistema Educativo, que estabelece o quadro geral do sistema educativo em três níveis: básico, secundário e superior.

Posição Social Subjetiva

Para a construção desta variável foi solicitado aos alunos que imaginassem uma escada, representativa da sociedade do país, e nessa escada foi requerido o preenchimento, com uma cruz, da categoria que melhor representasse a posição da sua família.

Segundo Davis (1956) a posição social subjetiva foi definida como a crença de uma pessoa da sua localização numa ordem de *status*, referindo-se a perceção do indivíduo do seu lugar na estrutura socioeconómica.

A aplicação desta escada pode suscitar particular interesse nas comunidades mais pobres, em que os indivíduos podem não estar no alto da escada SES em termos de rendimento, ocupação, ou educação, mas pode ter posição alta dentro de seus grupos sociais como a comunidade religiosa ou associações recreativas (Singh-Manouxa; Adlerb; Marmot, 2003).

A variável foi recodificada em três categorias, pela necessidade de obter grupos com maior dimensão, aumentando o poder estatístico, e conferindo uma comparação mais simples e fácil entre três grupos (baixo, mediano e alto) ao longo do tempo. Segundo Marôco (2011) as classes das variáveis podem ser combinadas de modo a aumentar a frequência esperada, desde que o agrupamento não seja passível de desprover o significado do estudo.

Neste seguimento, a variável foi agrupada nos níveis: baixo, mediano e alto. No nível baixo foram incluídas as classes “*worst off*” até ao valor intermédio 5, no nível mediano foi abrangida a classe referente ao nível intermédio 6, ao nível alto correspondem as classes intermédias 7,8, 9 e “*best off*”.

Semanada

Para a construção da variável semana, foi avaliada a pergunta “quanto dinheiro recibes por semana para gastar contigo, poupar, ou em trabalhos como *baby-sitting*?”. As respostas sugeridas pelo projeto SILNE são:

- Zero
- Menos de 5 €
- 6 a € 10
- 11 a € 20
- 21 a € 50
- 51 a € 100
- Mais de 100 €

Para algumas categorias verificou-se que as células apresentavam uma frequência absoluta menor que 5 contagens, o que poderia colocar em causa o estudo estatístico. Por esse motivo, foi efetuado um agrupamento em três categorias:

- Zero até 5 euros;
- 6 a 10 €;
- 11 a 100 €.

Emprego dos pais

As variáveis que dizem respeito à ocupação dos pais foram transformadas numa nova variável onde se inclui quem respondeu se os pais trabalhavam ou não. As categorias desta variável ficam assim remitidas a três categorias: sim, não, não sabe.

Privação Material

Os passos principais para o cálculo de uma medida agregada de privação material são: a escolha das dimensões relevantes e o conjunto de indicadores elementares que os representam, a avaliação da privação em cada uma das dimensões, a agregação dos indicadores elementares num índice agregado para cada dimensão e a agregação das diferentes dimensões num índice geral de privação (MARTINETTI, 2000).

São identificados três grupos principais de itens de privação. A tensão económica, ou seja, a família não pode pagar: despesas inesperadas; uma semana anual de férias; dívidas; uma refeição com carne, frango ou peixe a cada dois dias; para manter a casa adequadamente quente. Falta de bens duráveis, ou seja, a família não pode pagar (mas gostaria de poder pagar): uma máquina de lavar roupa; uma TV a cores; um telefone; um computador; um carro pessoal. A casa de habitação sofre de: humidade nas paredes /

pisos / fundações; ser demasiado escura; não ter banho ou duche; não ter autoclismos interiores para uso exclusivo da casa; casa com pouco espaço (INE, 2010).

No âmbito deste estudo foi privilegiada uma análise da caracterização da população da taxa de privação material com a avaliação de oito itens adaptados ao indicador utilizado pelo INE.

A utilização de oito itens deve-se ao fato de não estarem disponíveis no questionário algumas questões referentes aos itens acima descritos. No presente estudo, não foi incluída a questão correspondente a se as famílias têm capacidade para fazer uma refeição de carne ou de peixe (ou equivalente vegetariano), pelo menos de dois em dois dias. Em 2010, a uma percentagem de 18,7% da população portuguesa não tem capacidade para fazer uma refeição de carne ou de peixe em pelo menos dois dias (INE, 2010).

Não foi possível incluir as questões relativas à disponibilidade de máquina de lavar roupa, televisão a cores e telefone fixo, ou pelo menos um membro com telemóvel. No entanto, segundo dados do INE (2010), a falta de acesso aos quatro bens duráveis de referência – automóvel, máquina de lavar roupa, televisão a cores, e telefone fixo ou móvel – não tinha em 2009 impacto significativo para a determinação da proporção de indivíduos em privação material. A não disponibilidade destes bens para a população em privação variava entre 2,2% no caso da televisão a cores, 5,8% para o telefone fixo ou móvel, 8,9% para a máquina de lavar roupa (ECONOMIC AND SOCIAL RESEARCH INSTITUTE, 2008).

Para colmatar as falhas referidas anteriormente, Silber (2007) defende um indicador com sete itens onde se inclui a capacidade para pagar um computador. Como esta pergunta se encontra disponível no questionário, foi incluída para a construção da variável **privação**. Whelan e Maître (2012) defendem a inclusão da pergunta de possuem conexão à internet. Na dimensão económica foi incluída a pergunta se a casa onde habitam pertence à família.

Os oito itens correspondentes à privação material serão portanto: não ter a capacidade para pagar uma semana de férias, fazer face a despesas inesperadas, evitar pagamentos em atraso (crédito, aluguer da casa, contas de água, gás, luz), ter recursos para manter a casa adequadamente quente, possuir casa própria, ter carro próprio, ter internet, ter computador /portátil/ *tablet* próprio. A intensidade de privação material corresponde à

proporção de pessoas que vivem em famílias que não podem pagar pelo menos 3 dos 9 itens apresentados (INE, 2010).

A tabela seguinte apresenta o plano de operacionalização de variáveis socioeconómicas utilizadas no presente estudo.

Tabela 5 – Variáveis Socioeconómicas

Nome	Descrição	Valores/ Unidades	Tipo de variável
Educação pai	Nível Educacional do pai	Educação por níveis	Ordinal
Educação mãe	Nível Educacional do pai	Educação por níveis	Ordinal
Emprego pai	O pai trabalhou na semana anterior	Sim/Não/ Não sei	Nominal
Emprego mãe	A mãe trabalhou na semana anterior	Sim/Não/ Não sei	Nominal
<i>Family Affluence Scale</i>	<i>Family Affluence Scale</i>	Níveis (baixo, mediano, alto)	Ordinal
Semanada	Dinheiro disponível para uso próprio durante a semana	Níveis de zero até 100 €	Ordinal
Posição Social Subjetiva	Escada Representativa da Sociedade Portuguesa	Níveis (baixo, mediano, alto)	Ordinal
Privação	Indicador Privação material	Sim/Não	Nominal

3.2.2.3. Variáveis Demográficas

As variáveis demográficas escolhidas para este estudo foram a idade e o sexo de cada aluno. A tabela 6 apresenta a caracterização das variáveis em causa.

Tabela 6 – Variáveis ajustamento

Nome	Descrição	Valores/ Unidades	Tipo de variável
Idade	Idade do aluno	Idade em anos	Numérica
Sexo	Sexo do aluno	Feminino/ Masculino	Nominal

3.2.3. Desenho do estudo

Através da construção da variável status do fumador, foi possível estratificar em três grupos o consumo de tabaco.

Foi avaliada a associação entre a variável *status* do fumador e as variáveis socioeconómicas através do teste do Qui-Quadrado. Este teste foi o selecionado visto que permite comparações entre grupos face à presença, incidência ou prevalência de uma dada característica ou acontecimento. No teste do Qui-Quadrado, o valor p indica qual a probabilidade da diferença entre grupos se dever ao acaso (Aguiar, 2007).

Após a análise das variáveis com o teste anteriormente referido, procedeu-se à realização de uma análise multivariada. A análise de regressão logística múltipla é uma técnica estatística de regressão, que pretende quantificar o contributo de cada variável independente para o resultado de saúde binário em estudo. Este modelo pretende investigar questões de investigação que reflitam associações, para isso, foi escolhida uma variável dependente (fumador regular [(sim/ não)]) e as restantes são variáveis independentes. Foi estudada a associação entre ser fumador regular e caracterização socioeconómica (Educação dos pais, Emprego dos pais, FAS, Privação Material, Semanada, Posição Social Subjetiva) ajustadas pela idade. Foram realizadas estimações separadas para rapazes e raparigas.

Para a análise do modelo foram estudados os valores de *Odds Ratio* (OR) e os intervalos de confiança a 95%, com $\alpha = 0.05$.

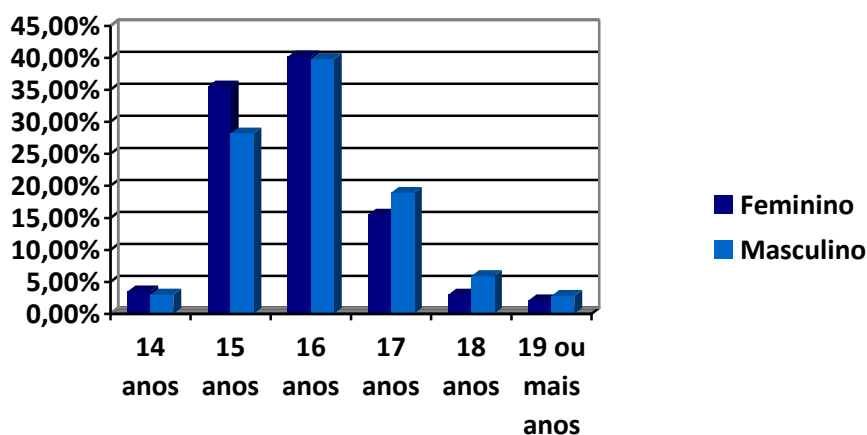
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Apresentação dos Resultados – Estudo SILNE

4.1.1. Caraterização da amostra

A partir do inquérito do estudo SILNE elencou-se uma amostra composta por indivíduos que se encontravam a frequentar o 10º e 11º ano de escolaridade em Coimbra (n = 1900 alunos). Pela caraterização da amostra, os dados colhidos revelam que, destes alunos, 49,6 % dos indivíduos são do sexo feminino e 50,4% são do sexo masculino. A média das idades é de 16 anos. O Gráfico 1 apresenta a distribuição da amostra por sexo e escalões etários.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo e escalões etários



4.1.2. Caraterização da amostra face ao consumo de tabaco nos adolescentes

Como podemos verificar pela tabela 9, mais de metade da amostra já experimentou fumar, nem que fossem apenas umas passas e a idade média de início de consumo de tabaco corresponde aos 15 anos de idade. No que diz respeito ao consumo total de cigarros, cerca de 41,8 % das raparigas refere que consumiu entre 2 a 50 cigarros e 34,1 % dos rapazes referiu que consumia o mesmo que as raparigas, sendo esta a categoria mais prevalente. Nos últimos 30 dias antecedentes à aplicação do questionário mais de 50 % da amostra referiu que não havia fumado nenhum cigarro. No entanto, pela análise dos resultados obtidos, cerca de 45,8% da amostra não respondeu a esta questão por nunca ter experimentado. As raparigas responderam de forma mais prevalente que só haviam fumado

algumas vezes. Na junção destas variáveis para *Status* do fumador, constata-se que as raparigas fumam, em média, menos que os rapazes (F =17.1%; M =22.1%), sendo os rapazes aqueles que se encontram de forma mais perentória na categoria fumador regular, como podemos visualizar na tabela 7.

Tabela 7 – Caraterização da amostra face ao consumo de tabaco na adolescência (n = 1900)

	Feminino	Masculino
Já experimentou ainda que só umas passas?		
Sim	52.8%	56.6%
Não	47.1%	43.2%
Idade em que experimentou		
Menos de 11 anos	5.8%	13.7%
12 Anos	8.5%	11.4%
13 Anos	20.4%	15.5%
14 Anos	26.9%	22.1%
15 Anos	27.1%	22.8%
16 Anos ou mais	11.3%	14.5%
Nºtotal cigarros fumados		
Apenas 1	27.4%	24.9%
2 – 50	41.8%	34.1%
50 – 100	9.9%	8.7%
Mais de 100	21%	32.4%
Nºtotal cigarros últimos 30 dias		
Nenhum	54.6%	51.4%
1 – 2 no último mês	13.8%	11.9%
1 – 2 por semana	8.5%	5%
1 – 5 por dia	12.4%	11%
6 – 10 por dia (meio maço)	6.1%	10.6%
11 – 20 por dia (um maço)	2.6%	4.9%
21 – 30 por dia	0.4%	1.3%
Mais de 30 por dia	1.6%	4%
Já experimentou deixar de fumar		
Só fumei algumas vezes	46.8%	38.3%
Nunca tentei	10.9%	13.8%
Tentei pelo menos uma vez	16.3%	16.9%
Já deixei de fumar	26%	30.9%
Comportamento Tabágico		
Não Fumador	57.9%	57%
<i>Experimenter</i>	24.3 %	20.9%
Fumador Regular	17.1%	22.1%

4.2. Caraterização Socioeconómica

Pela análise da tabela 8 verificamos que, em relação à *Family Affluence Scale* verificamos que 41.3% nas raparigas e 42.3% nos rapazes se caracterizam no “nível baixo” da escala.

As mães das raparigas possuem um nível académico superior em relação às mães dos rapazes. 44,8 % das mães das raparigas têm ensino superior e 47,5% das mães dos rapazes têm ensino secundário. No que respeita ao nível de educação do pai, para ambos os sexos, o nível académico mais prevalente é o secundário (48% nas raparigas e 53 % nos rapazes).

No que concerne à posição social subjetiva, as raparigas apresentaram uma percentagem de resposta mais prevalente no nível mais elevado da escala (38,8%). No entanto, este fato difere, em poucos pontos percentuais, face ao nível inferior (36,6%). Os elementos do sexo masculino caracterizaram-se com 36,3 % das respostas no nível mais baixo da escala.

São os rapazes que recebem mais dinheiro de semanada: 35,5% refere receber entre 11 a 100 €, já as raparigas recebem no nível 6 a 10 €.

No que respeita à situação face ao emprego dos pais, observamos que 90,6% dos pais das raparigas se encontravam empregados na semana anterior à aplicação do questionário, esta percentagem é menor nos rapazes, 87,7%. Relativamente à situação de emprego da mãe, denotamos que, 87.9% das mães das raparigas se encontram a trabalhar, sendo que, esta percentagem é menor nos rapazes (88,4%).

Pela análise de privação material realizada fica presente que cerca de 10% dos adolescentes se encontram numa situação de privação material.

Tabela 8 – Caraterização da amostra face às variáveis socioeconómicas (n = 1900)

	Feminino	Masculino
FAS		
Nível baixo	41,3%	42,3%
Nível mediano	34,8%	31,2%
Nível alto	23,9%	26,5%
Educação Mãe		
Ensino Básico	12,5%	10,4%
Ensino Secundário	42,7%	47,5%
Ensino Superior	44,8%	42,1%
Educação Pai		
Ensino Básico	15,4%	14,9%
Ensino Secundário	48%	53%
Ensino Superior	36,6%	32,1%
Posição Social Subjetiva		
Nível baixo	36,6%	36,3%
Nível mediano	24,6%	27,9%
Nível alto	38,8%	35,9%
Semanada		
0 – 5 €	30,4%	31,9%
6 – 10 €	36,2%	32,6%
11 – 100€	33,5%	35,5%
Situação do pai face ao emprego		
Não	9,4%	12,3%
Sim	90,6%	87,7%
Situação da mãe face ao emprego		
Não	12,1%	11,6%
Sim	87,9%	88,4%
Privação Material		
Não	91,1%	90,8%
Sim	8,9%	9,2%

4.3. Associação entre Comportamento do Fumador e Variáveis Socioeconómicas

4.3.1. Nível de Educação dos Pais

Como podemos averiguar pela tabela 9, para as raparigas, a prevalência do ensino básico é superior nos fumadores regulares (19,7%), quando comparados com os não fumadores (14,2%). Para o nível de educação superior verificamos que são os pais dos não fumadores, aqueles que apresentam uma maior percentagem de resposta (39%) quando equiparados aos não fumadores (32,9%). Para o sexo masculino, os pais dos não fumadores, encontram-se de forma menos prevalente na categoria ensino básico (15,3%), quando comparados com os fumadores regulares (16%). São os não fumadores que apresentam pais mais instruídos, com o nível de educação superior (36,3%).

Para o sexo feminino não existe associação estatisticamente significativa entre a variável nível de ensino do pai e o respetivo comportamento do fumador ($p > 0.05$). Já para o sexo masculino verifica-se a relação entre as variáveis comportamento do fumador e nível de educação do pai ($p < 0.05$).

Tabela 9 – Associação entre nível educação do pai e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Nível educação pai				
		Básico	Secundário	Superior		
Feminino	N.Fumador	14.2%	46.8%	39%	χ^2 =4.452	p=0.348
	Experimenter	15.1%	50.5%	34.4%		
	F.Regular	19.7%	47.4%	32.9%		
Masculino	N.Fumador	15.3%	48.4%	36.3%	χ^2 =12.635	p= 0.013
	Experimenter	13.3%	59.0%	27.7%		
	F.Regular	16.0%	59.6%	24.5%		

No que respeita à educação das mães, averiguamos pela observação da tabela 10, que as mães das raparigas não fumadoras têm uma menor prevalência de resposta (12,3%) no ensino básico que as mães dos fumadores regulares (14,8%). São as não fumadoras aquelas cujas mães são, de forma mais prevalente, mais educadas com o ensino superior. Os rapazes não fumadores têm uma maior percentagem de mães com ensino básico (11,4%), quando comparadas com os fumadores regulares (9,3%). As mães dos não fumadores são mais instruídas com o nível de educação superior que as mães dos fumadores regulares.

No teste de associação do qui-quadrado, há uma associação entre a variável comportamento do fumador e nível de educação da mãe no sexo masculino ($p < 0.05$), não encontrando qualquer associação no sexo feminino ($p > 0.05$).

Tabela 10 – Associação entre nível educação da mãe e comportamento do fumador (n = 1900 alunos).

		Nível educação mãe				
		Básico	Secundário	Superior		
N.Fumador		12.3%	40.8%	47%		
Feminino	<i>Experimenter</i>	11.4%	46.1%	42.5%	$\chi^2=3.080$	$p=0.545$
F.Regular		14.8%	43.2%	41.9%		
N.Fumador		11.4%	42.2%	46.4%		
Masculino	<i>Experimenter</i>	9.5%	49.7%	4.07%	$\chi^2=14.090$	$p=0.005$
F.Regular		9.3%	58.0%	32.6%		

4.3.2. Situação face ao emprego dos pais

Na tabela 11 é notório que, para ambos os sexos, os pais se encontravam a trabalhar na semana antecedente à aplicação do questionário.

No sexo feminino, os pais das raparigas não fumadoras, apresentam maior taxa de emprego (86,8%) que os pais das raparigas fumadoras regulares (83,6%). A taxa de desemprego é maior nas fumadoras regulares. Estamos perante uma relação estatisticamente significativa entre Comportamento do fumador e situação face ao emprego dos pais ($p<0.05$)

No sexo masculino, a taxa de pais empregados é maior nos não fumadores (83,5%). No que diz respeito aos pais que não se encontram a trabalhar, verificamos que, são os pais dos fumadores regulares os que têm maior taxa de resposta (14%). Neste sexo não há relação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas.

Tabela 11 – Associação entre ocupação do pai e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Situação face ao emprego pai				
		Sim	Não	NS/NA		
Feminino	N.Fumador	86.8%	6.2%	7.0%		
	<i>Experimenter</i>	81.3%	11.6%	7.1%	$\chi^2 = 9.914$	$p = 0.041$
	F.Regular	83.6%	11.9%	4.4%		
Masculino	N.Fumador	83.5%	11.1%	5.4%		
	<i>Experimenter</i>	84.6%	8.7%	6.7%	$\chi^2 = 5.865$	$p = 0.209$
	F.Regular	77.3%	14%	8.7%		

Em relação à situação face ao emprego da mãe, como apresentado na tabela 12, para as raparigas, a maior percentagem situa-se na categoria não fumador; já para os rapazes, a menor percentagem de mães trabalhadoras na semana anterior situa-se na categoria não fumador. Nas raparigas, a maior taxa de mães não empregadas corresponde às fumadoras regulares (14,4%). O mesmo não se verifica nos rapazes. No entanto, nos rapazes, a diferença percentual é ligeira.

Ao contrário da variável anterior, após a realização do teste do qui-quadrado não se verifica qualquer relação entre comportamento do fumador e ocupação da mãe na semana anterior.

Tabela 12 – Associação entre ocupação da mãe e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Situação face ao emprego mãe				
		Sim	Não	NS/NA		
Feminino	N.Fumador	87.3%	11%	1.7%		
	<i>Experimenter</i>	86.7%	12%	1.3%	$\chi^2 = 4.968$	$p = 0.291$
	F.Regular	81.9%	14.4%	3.8%		
Masculino	N.Fumador	85%	11.9%	3%		
	<i>Experimenter</i>	88.3%	10.2%	1.5%	$\chi^2 = 2.887$	$p = 0.577$
	F.Regular	87%	11.5%	1.4%		

4.3.3. FAS

Nesta variável, para o sexo feminino, a taxa de “nível baixo” é maior nas raparigas não fumadores (41,8%) que nas raparigas fumadoras regulares (39,8%). Ressalta, para o “nível alto”, que as raparigas não fumadoras apresentam maior taxa de resposta (25,3%) que as fumadoras (23%). Para os rapazes, os não fumadores, caracterizam-se de forma menos prevalente (42,5%) na categoria “nível baixo” da escala, que os rapazes fumadores regulares (45,7%). São os fumadores regulares que se descrevem com “nível alto” na FAS (30,4%).

A realização do teste do qui-quadrado não foi reveladora de associação estatística significativa entre as duas variáveis supra citadas (tabela 13).

Tabela 13 – Associação entre FAS e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		FAS				
		Baixo	Médio	Alto		
	N.Fumador	41.8%	32.8%	25.3%		
Feminino	Experimenter	40.5%	37.9%	21.6%	χ^2 =2.677	p =0.613
	F.Regular	39.8%	37.3%	23%		
N.Fumador		42.5%	33%	24.4%		
Masculino	Experimenter	37.6%	33.5%	28.9%	χ^2 =8.344	p =0.080
	F.Regular	45.7%	24%	30.3%		

4.3.4. Semanada

Quanto ao dinheiro que cada aluno recebe de semanada, estamos perante uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) entre a semanada e o Comportamento do Fumador. Na tabela 14, ressalta que nas raparigas, para a categoria “não fumador”, 37% da amostra recebe entre 6 a 10 euros de semanada, estando próxima da anterior classe entre zero a cinco euros (35%). Para a categoria “já experimentou” a frequência relativa é de 36.8%, estando próxima da seguinte, que recebe entre 11 a 100 euros de semanada. Já nos rapazes, os não fumadores são os que recebem menos dinheiro, os que “já experimentaram” recebem entre 11 a 100 euros (36.9%), o mesmo que para o “fumador regular” em que metade da amostra recebe de 11 a 100 euros. Salienta-se que 50% dos

alunos que se encontram na categoria fumador regular recebem mais dinheiro de semanada.

Tabela 14 – Associação entre semanada e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Semanada				
		0 – 5 €	6 – 10 €	11 – 100 €		
N.Fumador		35%	37%	28%		
Feminino	<i>Experimenter</i>	28.7%	36.8%	34.5%	$\chi^2=32.246$	<i>p=0.000</i>
	F.Regular	16.9%	33.1%	50%		
N.Fumador		37.8%	33.1%	29.1%		
Masculino	<i>Experimenter</i>	28.7%	34.4%	36.9%	$\chi^2=34.751$	<i>p=0.000</i>
	F.Regular	19.9%	30.1%	50%		

4.3.5. Posição Social Subjetiva

A tabela 15 dá a conhecer a associação entre comportamento do fumador e Posição Social Subjetiva.

As raparigas, fumadoras regulares, apresentam-se com uma Posição Social Subjetiva de “nível alto” (44%) que as raparigas não fumadoras (38,1%).

Os rapazes, fumadores regulares, localizam-se, de forma menor prevalente, no “nível alto” da Posição Social Subjetiva.

Para ambos os sexos não há relação estatisticamente significativa entre comportamento do fumador e a Posição Social Subjetiva ($p > 0.05$).

Tabela 15 – Associação entre Escada Representativa da Sociedade Portuguesa e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Posição Social Subjetiva				
		Nível baixo	Nível mediano	Nível alto		
	N.Fumador	36.4%	25.5%	38.1%		
Feminino	<i>Experimenter</i>	35.4%	27.4%	37.2%	$\chi^2 = 5.623$	$p = 0.229$
	F.Regular	38.4%	17.6%	44%		
	N.Fumador	35.7%	26.4%	37.8%		
Masculino	<i>Experimenter</i>	35.2%	33.2%	31.6%	$\chi^2 = 4.502$	$p = 0.342$
	F.Regular	38.7%	27%	34.3%		

4.3.6. Privação Material

Na observação da tabela 16, sobressai que a privação material é maior nos não fumadores quando comparados com os fumadores regulares. No entanto, não há qualquer correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p > 0.05$).

Tabela 16 – Associação entre Privação Material e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Privação Material			
		Não	Sim		
	N.Fumador	91,1%	8,8%		
Feminino	<i>Experimenter</i>	91,6%	8,3%	$\chi^2 = 0,105$	$p = 0,948$
	F.Regular	90,6%	9,3%		
	N.Fumador	91,2%	8,7%		
Masculino	<i>Experimenter</i>	92,8	7,1%	$\chi^2 = 3,146$	$p = 0,207$
	F.Regular	87,9%	12%		

4.4. Análise Multivariada

Nesta fase do estudo, pretende-se analisar se o risco de ser fumador regular varia com o estatuto socioeconómico. Para esta pesquisa efetuou-se uma análise multivariada. As tabelas seguintes apresentam os dados dos modelos separados por sexo, idade e comportamento tabágico.

Análise Multivariada: Experimentação Tabágica

Na observação da tabela 17, visualizamos que as raparigas que têm idades compreendidas entre 14 e 15 anos têm menor probabilidade de terem experimentado fumar que as que têm uma idade superior. Esta diferença é estatisticamente significativa.

As raparigas cujos pais se encontravam sem trabalhar na semana anterior ao questionário apresentam, pela análise do valor do OR, maior probabilidade de terem experimentado fumar que aquelas cujos pais trabalharam. Esta diferença é estatisticamente significativa.

Para as restantes variáveis não há valores que sejam estatisticamente significativos.

Tabela 17 – Associação entre estatuto socioeconómico e comportamento do fumador, análise multivariada: *Odds ratios* (95% IC)

	FEMININO	MASCULINO
Idade (Referência: 17 ou mais)		
14 – 15 Anos	0.59 (0,369; 0,942)	0,866 (0,532; 1,408)
16 Anos	0,949 (0,612; 1,473)	1,087 (0,695; 1,697)
Escada Sociedade (Referência: Nível superior)		
Nível baixo	0,792 (0,506; 1,240)	1,245 (0,769; 2,013)
Nível médio	1,052 (0,686; 1,612)	1,458 (0,937; 2,267)
FAS (Referência: Nível superior)		
Nível baixo	1,126 (0,702; 1,806)	0,698 (0,438; 1,113)
Nível médio	1,214 (0,779; 1,892)	0,926 (0,594; 1,442)
Educação Mãe (Referência: Nível Terciário)		
Nível Básico	0,908 (0,470; 1,751)	0,861 (0,404; 1,835)
Nível Secundário	1,150 (0,740; 1,787)	0,915 (0,579; 1,448)
Educação Pai (Referência: Nível Terciário)		
Nível Básico	1,032 (0,535; 1,989)	1,501 (0,728; 3,093)
Nível Secundário	1,178 (0,753; 1,842)	1,434 (0,871; 2,362)
Semanada (Referência: 11 – 100 €)		

0 – 5 €	0,936 (0,599; 1,460)	0,829 (0,529; 1,303)
6 – 10 €	0,975 (0,650; 1,461)	0,942 (0,610; 1,457)
Intensidade Privação Material (Referência: Sim)		
Não	1,084 (0,534; 2,203)	1,889 (0,811; 4,401)
Situação face ao trabalho Mãe (Referência: Sim)		
Não	1,153 (0,693; 1,918)	0,791 (0,423; 1,479)
Situação face ao trabalho Pai (Referência: Sim)		
Não	1,889 (1,114; 3,202)	0,748 (0,409; 1,366)

Nota: os valores estatisticamente significativos aparecem em “bold”.

Análise Multivariada: Tabagismo Regular

Pelos valores do OR a 95% de confiança, concluímos **que as raparigas com menos de 17 anos têm menor probabilidade de serem fumadoras regulares que as raparigas com mais de 17 anos** (variável de referência). **Os rapazes com menos de 17 anos**, apresentam, pela análise dos valores de OR, **menos probabilidade de fumar que aqueles que têm uma idade superior**, sendo que a influência é estatisticamente significativa.

Para o sexo feminino e masculino, concluímos que os que recebem um valor de semanada entre zero e 10 euros têm menor probabilidade de virem a ser fumadores regulares que os que recebem uma semanada entre 11 e 100 euros (OR <1). Esta diferença é estatisticamente significativa. **Os alunos que recebem mais dinheiro de semanada são os que têm maior probabilidade de serem fumadores regulares.**

Para as raparigas, o *odds ratio* de ser fumador regular é de 65,9% superior para aquelas cujo pai não trabalhou na semana anterior à aplicação do questionário (mantendo todas as outras variáveis constantes), o que significa que a probabilidade de ser fumador regular aumenta se o pai não trabalhou na semana anterior (OR>1). Nos rapazes, a probabilidade de virem a ser fumadores regulares é de 84,5% superior naqueles cujo pai não trabalhou na semana anterior à aplicação do questionário, logo têm maiores probabilidades de virem a ser fumadores regulares que aqueles cujo pai trabalhou na semana anterior ao questionário. Esta associação é estatisticamente significativa. **Os rapazes cujos pais não trabalharam na semana anterior à aplicação do questionário**

têm maiores probabilidades de virem a ser fumadores regulares que aqueles cujos pais trabalharam na semana anterior.

Na presente análise multivariada, as restantes variáveis socioeconômicas não têm impacto estatisticamente significativo (tabela 18).

Tabela 18 – Associação entre estatuto socioeconómico e Comportamento do Fumador, análise multivariada: *Odds ratios* (95% IC)

	FEMININO	MASCULINO
Idade (Referência: 17 ou mais)		
14 – 15 Anos	0,204 (0,119; 0,350)	0,238 (0,142; 0,398)
16 Anos	0,424 (0,266; 0,675)	0,433 (0,282; 0,665)
Escada Sociedade (Referência: Nível superior)		
Nível baixo	0,855 (0,511; 1,429)	1,203 (0,731; 1,980)
Nível médio	0,669 (0,394; 1,137)	0,938 (0,579; 1,522)
FAS (Referência: Nível superior)		
Nível baixo	0,964 (0,555; 1,676)	1,005 (0,623; 1,622)
Nível médio	1,190 (0,714; 1,982)	0,663 (0,404; 1,089)
Educação Mãe (Referência: Nível Terciário)		
Nível Básico	1,024 (0,488; 2,149)	0,707 (0,305; 1,639)
Nível Secundário	0,993 (0,582; 1,693)	1,483 (0,910; 2,416)
Educação Pai (Referência: Nível Terciário)		
Nível Básico	1,320 (0,629; 2,770)	0,740 (0,340; 1,613)
Nível Secundário	1,052 (0,614; 1,804)	0,935 (0,551; 1,585)
Semanada (Referência: 11 – 100 €)		
0 – 5 €	0,288 (0,162; 0,510)	0,354 (0,215; 0,583)
6 – 10 €	0,640 (0,411; 0,997)	0,625 (0,400; 0,976)
Intensidade Privação Material (Referência: Sim)		
Não	1,201 (0,511; 2,826)	0,724 (0,370; 1,417)
Situação face ao trabalho Mãe (Referência: Sim)		

Não	1,418 (0,791; 2,543)	0,970 (0,523; 1,799)
Situação face ao trabalho Pai (Referência: Sim)		
Não	1,659 (0,895; 3,077)	1,845 (1,052; 3,236)

Nota: os valores estatisticamente significativos aparecem em “bold”.

4.5. Resumo de resultados

Na tabela 19 estão presentes, de forma resumida, as variáveis que são estatisticamente significativas quando comparadas com o comportamento do fumador separado por sexo, quais são preditivas no modelo de análise multivariada efetuado.

É de realçar que a semanada e a situação de emprego do pai apresentam uma associação estatisticamente significativa. Para as raparigas, a educação da mãe é estatisticamente significativa. Todavia, após o ajustamento realizado pela análise multivariada, desaparece o seu efeito estatisticamente significativo.

Tabela 19 – Resumo variáveis estatisticamente significativas relacionadas com comportamento do fumador regular (n = 1900 alunos)

	Feminino	Masculino	Modelo Análise Multivariada
Educação Pai	-	$p < 0.05$	
Educação Mãe	-	$p < 0.05$	
Situação face ao emprego Pai	$p < 0.05$	-	Significativo no sexo masculino
Situação face ao emprego Mãe	-	-	
FAS	-	-	
Posição Social Subjetiva	-	-	
Privação Material	-	-	
Semanada	$p < 0.05$	$p < 0.05$	Significativo em ambos os sexos
Idade			Significativo em ambos os sexos

5. TABAGISMO, DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS, DESEMPENHO E SATISFAÇÃO ESCOLAR

Múltiplos fatores sociais influenciam o consumo de tabaco na adolescência. Durante o período de transição entre a adolescência e a idade adulta, os adolescentes são mais suscetíveis ao meio ambiente e, em especial, a escola, que constitui um importante contexto social na vida das crianças e adolescentes.

A satisfação escolar tem um papel importante na adoção comportamentos de risco (KRISTJÁNSSON *et al*, 2009). A auto percepção da satisfação escolar está relacionada com a posição socioeconómica (KOIVUSILTAA; RIMPEL; ANDRESC, 2003), desempenho académico e o rendimento (KRISTJÁNSSON *et al*, 2009).

A relação estatística entre comportamento de saúde e os indicadores e desempenho escolar são influenciados por um complexo conjunto de variáveis, incluindo as características dos adolescentes em idade escolar, as suas famílias, as escolas, as variáveis psicológicas e sociais (KRISTJÁNSSON *et al*, 2009).

Procedeu-se à avaliação da satisfação escolar dos alunos de forma a averiguar se esta explica: o comportamento tabágico (1) e as desigualdades socioeconómicas no consumo de tabaco nos adolescentes em Portugal (2).

Na fase do desenvolvimento da adolescência, os jovens estão dependentes das decisões parentais, logo, a adoção de um estilo de vida saudável pode estar determinado pela influência da família. A escola é fundamental para o desenvolvimento do adolescente, sendo um mediador que oferece aos jovens sentimentos de compromisso e um conjunto de objetivos comuns com os pares, família e educadores escolares. Diversos estudos internacionais têm demonstrado que os adolescentes que se sentem bem no ambiente escolar são menos propensos a desenvolver problemas emocionais, mais propensos a participar em atividades e comprometer-se com atividades relacionadas com a escola. Um estudo realizado com uma amostra de 5810 adolescentes demonstra que a satisfação escolar é, possivelmente, causada pela adoção de um estilo de vida saudável (KRISTJÁNSSON *et al*, 2009).

Num estudo realizado para averiguar quais as variáveis mediadores relacionados com o consumo de tabaco, com uma amostra de 20.399 adolescentes

concluiu-se que o desempenho académico funciona como intermediário na associação entre tabagismo e desigualdades socioeconómicas. Esta descoberta apoia a hipótese de que uma maior satisfação escolar pode prevenir o tabagismo (SCHNOHR *et al*, 2009).

Para proceder à avaliação da associação entre consumo de tabaco, satisfação escolar e desigualdades socioeconómicas, foram utilizadas variáveis que refletem a satisfação dos adolescentes com os estudos e com a escola e desempenho escolar.

Nas variáveis que refletem a satisfação dos alunos foram utilizadas quatro variáveis: o tempo voa quando estudo, sinto-me forte e saudável quando estudo, sinto-me entusiasmado com os meus estudos e classificação escolar no ano anterior.

Para a construção das variáveis de satisfação escolar foi avaliada a concordância dos alunos com as questões apresentadas em três níveis, nunca, algumas vezes por ano/ mês e regularmente. Para a construção desta variável foi realizada uma divisão em percentis de forma a obter resultados mais objetivos de medir.

Para o desempenho escolar foi selecionada a variável correspondente às notas dos alunos no ano anterior, que apresentam maior número de respostas. A variável foi recodificada em quatro categorias pela necessidade de obter grupos com maior dimensão para promover uma avaliação correta dos dados. A tabela 20 reflete o plano de operacionalização das variáveis de satisfação escolar.

Para esta averiguação foram realizadas três fases de tratamento de dados. Na primeira fase foi averiguada a relação entre as variáveis de satisfação escolar selecionadas e o comportamento do fumador, por forma a categorizar a forma como os adolescentes que fumam regularmente se posicionam face à satisfação escolar. Na segunda fase foi realizado um modelo de regressão com o objetivo de avaliar as variáveis socioeconómicas estatisticamente significativas separadas por sexo. Na terceira fase foram introduzidas, no modelo anterior, as variáveis de satisfação escolar, para entender de que forma variam os valores de OR a 95% nas variáveis socioeconómicas.

Tabela 20 – Variáveis Satisfação escolar

Nome	Descrição	Valores/ Unidades	Tipo de variável
Classificação quantitativa	Classificação quantitativa das notas	<13 valores 14 – 16 valores 17 – 18 valores 19 – 20 valores	Ordinal
O tempo voa quando estudo	O tempo voa quando estudo	Nunca/ Algumas vezes/ Regularmente	Ordinal
Sinto-me forte e saudável quando estudo	Sinto-me forte e saudável quando estudo	Nunca/ Algumas vezes/ Regularmente	Ordinal
Sinto-me entusiasmado com os meus estudos	Sinto-me entusiasmado com os meus estudos	Nunca/ Algumas vezes/ Regularmente	Ordinal

5.1. Caraterização de desempenho escolar

Pela análise de dados realizada concluímos, face às variáveis escolhidas para avaliação da satisfação escolar, que as raparigas têm melhores notas que os rapazes. No sexo feminino prevalece a categoria de 17 a 18 valores (38,5%) e no sexo masculino a categoria referente a 14 a 16 valores (38,4%).

Em ambos os sexos, os adolescentes referem que algumas vezes no mês/ano se sentem entusiasmados com os estudos.

46% das raparigas refere que se sentem fortes e saudáveis quando estudam e cerca de 43,4% dos rapazes refere o mesmo.

Rapazes e raparigas referem que algumas vezes no mês/ano o tempo voa quando estudam. Ressalta que, para as raparigas, existe pouca diferença percentual entre as respostas “algumas vezes no mês/ano” e “regularmente”. Já nos rapazes, existe uma diferença ligeira entre as respostas “algumas vezes no mês/ano” e “nunca” (tabela 21).

Tabela 21 – Caracterização da amostra face às variáveis de desempenho escolar (n = 1900)

	Feminino	Masculino
Notas ano anterior		
19 – 20 valores	17,9%	14,9%
17 – 18 valores	38,5%	36,1%
14 – 16 valores	35,1%	38,4%
< 13 valores	8,5%	10,6%
Sinto-me entusiasmado com os estudos		
Nunca	11,6%	26%
Algumas vezes mês/ano	52,9%	51,9%
Regularmente	35,5%	22%
Sinto-me forte e saudável quando estudo		
Nunca	19,9%	33,1%
Algumas vezes mês/ano	46%	43,4%
Regularmente	34%	23,6%
O tempo voa quando estudo		
Nunca	17,5%	36,8%
Algumas vezes mês/ano	42,5%	40,4%
Regularmente	40%	22,6%

5.2. Análise das desigualdades relacionadas com o desempenho escolar

Classificação ano anterior

No que diz respeito à classificação no ano anterior, existiram duas formas de classificação, a quantitativa e a qualitativa. Verifica-se que para a categoria “fumador regular” da variável comportamento do fumadora maioria dos alunos de ambos os sexos apresenta uma classificação entre 14 a 16 valores. Pelo contrário, nos não fumadores, a maioria encontra-se na categoria 17 – 18 valores. Desta análise concluímos que são os fumadores que têm uma pior classificação. Quanto à associação das variáveis, pelo qui-quadrado assistimos a uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$). A tabela abaixo descrita resume os valores encontrados na análise de dados (tabela 22).

Tabela 22 – Associação entre classificação quantitativa e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Classificação ano anterior (quantitativa)					
		19-20	17-18	14-16	<13		
	N.Fumador	23.5%	43.5%	27.8%	5.2%		
Feminino	Experimenter	11.4%	30.9%	46.3%	11.4%	$\chi^2=48.511$	p=0.00
	F.Regular	5.1%	28.2%	48.7%	17.9%		
	N.Fumador	17.4%	40.1%	33.8%	8.8%		
Masculino	Experimenter	12.9%	37.6%	39.6%	9.9%	$\chi^2=24.165$	p=0.00
	F.Regular	6.1%	22.0%	53.7%	18.6%		

“O tempo voa quando estou a estudar”

A tabela 23 permite observar que nas raparigas, para o grupo dos “fumadores regulares” 33.5% responde que nunca o tempo voa quando estão a estudar. Pelo contrário, nas não fumadoras, a maioria refere que isso acontece algumas vezes por semana.

Os rapazes respondem transversalmente que o tempo nunca voa quando estão a estudar, sendo de relevar que a maior frequência relativa está localizada na categoria dos fumadores regulares com 52%.

Em ambos os sexos é rejeitada a hipótese nula, aceitando-se que há diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento do fumador e “o tempo voa quando estou a estudar”, $p = 0.00$, $p < 0.05$.

Tabela 23 – Associação o tempo voa quando estou a estudar e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		O tempo voa quando estou a estudar							
Feminino		Nunca	Algumas x/ano	1x/mês	Algumas x/mês	Algumas x/semana	Sempre		
	N.Fumador	12.9%	14%	5.4%	22.1%	34.1%	11.4%		
	Experimenter	17.3%	17.3%	9.8%	21.8%	27.6%	6.2%	$\chi^2=51.929$	p=0.000
	F.Regular	33.5%	15.5%	5.6%	15.5%	24.8%	5%		
Masculino	N.Fumador	33.8%	18.5%	5.3%	15.3%	20.6%	6.6%		
	Experimenter	29.7%	17.2%	5.2%	25%	17.7%	5.2%	$\chi^2=47.688$	p=0.000
	F.Regular	52%	18%	7.5%	12.5%	7.5%	2.5%		

“Sinto-me forte e saudável quando estou a estudar”

Consideremos como hipótese nula não existirem diferenças entre o comportamento do fumador e “sinto-me forte e saudável quando estou a estudar”. No sexo feminino, as fumadoras regulares respondem em 25.5% dos casos que nunca se sentem fortes e saudáveis quando estão a estudar, sendo este o acontecimento mais frequente. 49.2% dos rapazes fumadores regulares respondem que nunca se sentem fortes e saudáveis quando estudam.

De acordo com o teste executado aceita-se a hipótese alternativa há diferenças estatisticamente significativas entre comportamento do fumador e “sinto-me forte e saudável quando estou a estudar” (tabela 24).

Tabela 24 – Associação sinto-me forte e saudável quando estou a estudar e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Sinto-me forte e saudável quando estou a estudar					
		Nunca	Algumas x/ano	1x/mês	Algumas x/mês	Algumas x/semana	Sempre
Feminino	N.Fumador	17%	14.2%	8.9%	20%	32.7%	7.2%
	Experimenter	22.9%	18.8%	9%	22.9%	21.5%	4.9%
	F.Regular	25.5%	16.8%	8.7%	24.8%	19.3%	5%
Masculino	N.Fumador	26.8%	14.4%	10.1%	20.1%	19.4%	9.3%
	Experimenter	34.4%	13%	7.8%	20.3%	18.2%	6.2%
	F.Regular	49.2%	18.6%	8%	15.6%	6%	2.5%

$\chi^2 = 23.620$ $p = 0.009$

$\chi^2 = 53.195$ $p = 0.000$

“Sinto-me entusiasmado com os meus estudos”

A tabela 25 indica que, para o sexo feminino, 23.8% das fumadoras regulares apresentam entusiasmo com o estudo algumas vezes por semana. Esta percentagem é maior na classe das não fumadoras (32%). Já os rapazes 39% dos fumadores regulares nunca se apresentam entusiasmados com os estudos, esta percentagem é menor nos não fumadores (22,4%). Há diferenças estatisticamente significativas entre comportamento do fumador e “sinto-me entusiasmado com os meus estudos”, $p < 0.05$.

Tabela 25 – Associação sinto-me entusiasmado com os meus estudos e comportamento do fumador (n = 1900 alunos)

		Sinto-me entusiasmado com os meus estudos					
		Nunca	Algumas x/ano	1x/mês	Algumas x/mês	Algumas x/semana	Sempre
Feminino	N.Fumador	8.3%	15.6%	8.5%	28.5%	32%	7%
	Experiment er	14.2%	15.1%	11.6%	27.6%	28.9%	2.7%
	F.Regular	18.8%	16.9%	11.2%	15%	23.8%	4.4%
Masculino	N.Fumador	22.4%	18.4%	10.5%	21.1%	23.2%	4.1%
	Experiment er	22.8%	19.2%	10.9%	23.8%	19.2%	4.1%
	F.Regular	39%	24.5%	9%	21%	4.5%	2%

 $\chi^2=24.993$ $p=0.005$ $\chi^2=50.018$ $p=0.000$

5.3. Modelo explicativo das desigualdades sociais no tabagismo

Na tentativa de explicar de que forma o desempenho escolar influencia o consumo de tabaco, foi realizado um modelo de análise multivariada com as variáveis socioeconómicas estatisticamente significativas e a satisfação escolar.

Fase 1 – Desigualdades SE estatisticamente significativas

A tabela abaixo representa a análise multivariada das variáveis SE estatisticamente significativas obtidas nos resultados prévios e a sua associação com o comportamento do fumador. A análise foi separada por sexos visto que as variáveis estatisticamente significativas diferem entre sexo masculino e feminino, mantendo-se constante a semana.

Tabela 26 – Associação entre variáveis socioeconómicas estatisticamente significativas e estatuto fumador, análise multivariada: *Odds ratio* (95% IC) separados por sexo.

		OR	IC a 95%
Feminino	Semanada (11 – 100 €)		
	0 – 5€	0,304	0,189; 0,487
	6 – 10 €	0,535	0,363; 0,789
	Situação face ao trabalho Pai (Sim)		
	Não	1,631	1,016; 2,619
Masculino	Semanada (11 – 100 €)		
	0 – 5€	0,346	0,226; 0,529
	6 – 10 €	0,547	0,373; 0,802

Fase 2 – Desigualdades SE estatisticamente significativas e desempenho escolar

Nesta fase do estudo foram introduzidas no modelo as variáveis de satisfação escolar. Posteriormente, foi avaliado o impacto dessas variáveis nas variáveis SE estatisticamente significativas. A análise realizada encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 27 – Associação entre variáveis socioeconómicas estatisticamente significativas e estatuto fumador, análise multivariada: *Odds ratio* (95% IC) separados por sexo.

		OR	IC a 95%
FEMININO	Semanada (11 – 100€)		
	0 – 5 €	0,288	0,141
	6 – 11 €	0,572	0,317
	Sinto-me entusiasmado com os meus estudos (Regularmente)		
	Nunca	1,265	0,468
	Algumas vezes por mês/ano	1,022	0,494
	Sinto-me forte e saudável quando estudo (Regularmente)		
	Nunca	1,757	0,682
	Algumas vezes por mês/ano	2,043	0,921
	O tempo voa quando estudo (Regularmente)		
	Nunca	2,029	0,936
	Algumas vezes por mês/ano	0,579	0,279
	Classificação (< 13 valores)		
	19 – 20 valores	0,117	0,034
	17 – 18 valores	0,295	0,127

14 – 16 valores				
0,486				
0,220				
1,074				
Situação face ao trabalho Pai(Sim)				
MASCULINO	Não	2,430	1,166	5.065
	Semanada(11- 100€)			
	0 – 5 €	0,381	0,189	0,768
	6 – 10€	0,741	0,385	1,426
	Sinto-me entusiasmado com os estudos (Regularmente)			
	Nunca	2,648	0,764	9,186
	Algumas vezes por mês/ano	2,037	0,680	6,107
	Sinto-me forte e saudável quando estudo (Regularmente)			
	Nunca	1,731	0,603	4,469
	Algumas vezes ano/mês	1,102	0,386	2,657
	O tempo voa quando estudo (Regularmente)			
	Nunca	1,471	0,501	4,226
	Algumas vezes por ano/mês	1,884	0,689	5,151
	Classificação (< 13 valores)			
	19 – 20 valores	0,268	0,076	0,952
	17 – 18 valores	0,355	0,143	0,884
	14 – 16 valores	1,107	0,488	2,513

Após introdução das variáveis de “satisfação escolar” existe uma variação no impacto das variáveis socioeconómicas que anteriormente eram estatisticamente significativas no estudo. Para as raparigas, aferimos que, as alunas que recebem de semana um valor entre os zero e os cinco euros mantêm uma associação estatisticamente significativa. O valor de OR diminui de 0,304 para 0,288. No sexo masculino, não existe variação do valor de semana correspondente de zero a cinco euros. A associação estatística do valor de semana correspondente às que recebem entre 6 a 11 euros deixa, após o modelo de ajustamento, em ambos os sexos, de existir. No que concerne à situação de emprego dos pais, nos rapazes, aumenta a probabilidade de serem fumadores regulares se os pais não se encontrarem a trabalhar. A associação mantém-se estatisticamente significativa.

Os dados obtidos neste capítulo permitem aferir que existe uma associação entre comportamento do fumador e desempenho escolar. Em ambos os sexos, os fumadores regulares apresentam maioritariamente, uma classificação escolar menor (14 – 16 valores). No que diz respeito à variável em que os alunos respondem se se sentem

entusiasmados com os estudos, os rapazes são os menos satisfeitos, apresentando as suas respostas na categoria - nunca. As raparigas, mesmo as fumadoras, sentem-se entusiasmadas com os estudos algumas vezes por mês/ano. No entanto, na análise multivariada estas associações não são estatisticamente significativas.

Nos rapazes ter uma classificação escolar inferior a 16 valores aumenta a probabilidade de ser fumador regular. Nas raparigas ter uma classificação inferior a 13 valores aumenta a probabilidade de serem fumadoras regulares.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi realizada uma análise da base de dados construída com as respostas aos questionários de alunos do 10 e 11 º ano de escolaridade, em seis escolas secundárias na cidade de Coimbra.

O estudo das desigualdades socioeconómicas na adolescência é crucial. A adolescência é um período chave para o surgimento de desigualdades de saúde que persistem na vida adulta (MISTRY *et al.*, 2013).

Ao período da adolescência está associada uma fase de mudança a nível pessoal, familiar, escolar e de relações interpessoais (MICHAEL; BEN-ZUR, 2003). Nesta transição, os adolescentes estão expostos a fases de risco e de dificuldades (SCHNOHR, 2009). Os pais são vistos como suporte afetivo que pode ser facilitador desta adaptação. No entanto, fatores como as desigualdades socioeconómicas podem afetar este período de desenvolvimento. Estudos internacionais comprovam que um baixo estatuto socioeconómico pode colocar os adolescentes em risco por uma variedade de razões, como ter menos acesso a cuidados de saúde, piores condições de vida, menor nível conhecimento sobre as consequências negativas de comportamentos que comprometem a saúde, e maior *stress* psicológico (FINKELSTEIN *et al.*, 2006).

Os adolescentes provenientes de famílias com menor estatuto socioeconómico podem estar expostos a bairros inseguros, a trabalhos precários a fim de ganharem dinheiro para contribuir para o rendimento da família ou para gastarem consigo, logo podem ter menos tempo para participar em atividades extracurriculares. Uma vivência negativa das experiências de vida pode ser modelada pelas atitudes dos pais ou pela perceção de satisfação escolar (HENSON; CHEN, 2013).

Dos adolescentes inquiridos, mais de metade já experimentou fumar, nem que fossem apenas umas passas. A idade média de início de consumo de tabaco corresponde aos 15 anos de idade. Constata-se que as raparigas fumam, em média, menos que os rapazes (F =17.1%; M =22.1%), sendo os rapazes aqueles que se encontram de forma mais perentória na categoria fumador regular. De forma estatisticamente significativa, as raparigas com menos de 17 anos têm menos probabilidade de serem fumadoras regulares que as raparigas com mais de 17 anos e nos rapazes com menos de 17 anos apresentam, pela análise dos valores de OR, menos probabilidade de fumar que aqueles que têm uma idade superior. Ao contrário dos resultados do presente estudo, o HBSC revela que a

prevalência de fumadores regulares, com 15 anos, era superior nas raparigas (12%) em relação aos rapazes (9%). A suportar a semelhança de consumo entre rapazes e raparigas, Li e Guindon (2012) encontraram resultados análogos. Para o presente estudo denotamos que a amostra considerada é mais velha que a do HBSC.

Os dados anteriormente expostos parecem seguir a lógica da fase da epidemia em que Portugal se encontra, na fase 3, as taxas de consumo nos homens atingem um pico e tendem a diminuir, enquanto nas mulheres começa a aumentar de forma acentuada. (GREAVES, 2007) Os dados referentes à população masculina sugerem uma transição da fase III, para a fase IV (CARREIRA *et al.*, 2012).

No que respeita à posição socioeconómica dos pais, verificamos, que existe uma relação estatística entre nível de educação inferior dos pais e comportamento do fumador no sexo masculino. No presente estudo, após a realização do modelo de análise multivariada aferimos que um nível de educação inferior parece não aumentar o risco de ser fumador regulares ($OR > 1$). Estes resultados não são corroborados por outros estudos. Um estudo realizado em 2006 com 1021 adolescentes como amostra, reflete que cada nível adicional de escolaridade dos pais é acompanhado por uma diminuição do risco de ser consumidor de tabaco (FINKELSTEIN; KUBZANSKY; GOODMAN, 2006). Doku *et al* (2010) seguiram adolescentes Finlandeses dos 14 aos 18 anos de idade de 1977 a 2007 e concluíram que os adolescentes inseridos em grupos socioeconómicos mais baixos fumavam mais do que os adolescentes inseridos em grupos socioeconómicos mais elevados, se o efeito mediador fosse a educação dos pais.

Pelo contrário, no sexo feminino observou-se uma associação entre a situação face ao emprego do pai e o comportamento do fumador ($p < 0.05$). As raparigas cujos pais se encontravam sem trabalhar na semana anterior ao questionário apresentam maior probabilidade de ter experimentado tabaco que aquelas cujos pais trabalharam. Ser filho de pais que não trabalharam na semana anterior à aplicação do questionário aumenta o risco de ser fumador regular em ambos os sexos, sendo este facto, estatisticamente significativo, apenas no sexo masculino. Autores como Green *et al* (2013) referem, num estudo com 1515 adolescentes com idades entre os 15 e os 17 anos que ser filho de pais que não trabalham aumenta o risco de fumar precocemente. Doku *et al* (2010) concluíram que adolescentes inseridos num grupo socioeconómico mais baixo, mediado pelo fator ocupação dos pais, apresentam maior risco de serem fumadores. Richter *et al.* (2009)

verificaram um aumento do consumo de tabaco quando comparado com um fraco estatuto profissional parental.

Não foram encontradas relações estatísticas entre a *Family Affluence Scale* e comportamento do fumador. Utilizando os dados do HBSC 2010, em relação à FAS, o consumo de tabaco foi significativamente mais prevalente entre os adolescentes de famílias de menor afluência em poucos países. No entanto, num estudo realizado em 28 países concluiu-se que a FAS não apresenta efeito significativo sobre a probabilidade de fumar regularmente (RICHTER *et al.*, 2009).

No presente estudo, também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre comportamento do fumador e posição social subjetiva. Outros estudos não corroboram os mesmos dados, encontrando diferenças estatisticamente significativas, onde uma pior perceção de posição social influencia o consumo inicial de tabaco (FINKELSTEIN *et al.*, 2006).

Pelos resultados obtidos concluímos que não existe relação entre privação material e consumo de tabaco nos adolescentes. Resultados de um estudo de 2012 indicaram que a pobreza das famílias aumenta a probabilidade de consumo de tabaco de forma regular. Porém, o coeficiente para a pobreza diminui significativamente com o envolvimento da família em comunidades sociais, a participação dos pais na educação e a participação em desportos organizados (THORLINDSSON; VALDIMARSDOTTIR; JONSSON, 2012).

Quanto à própria perceção socioeconómica, avaliada pelo dinheiro que cada aluno recebe de semanada, estamos perante uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) entre a semanada e o Comportamento do Fumador. Os alunos que recebem mais dinheiro de semanada são os que têm maior probabilidade de serem fumadores regulares. Este achado é corroborado por outros estudos em que o consumo de tabaco na adolescência foi fortemente associado com a própria renda disponível. Os adolescentes que apresentaram maior rendimento semanal médio em comparação com outros jovens de 15 anos são mais propensos a ser fumadores diários. Este fato foi transversal a 6 países (GRIESBACHA; AMOS; CURRIE, 2003). Yang *et al* (2008) concluíram que a própria situação socioeconómica dos jovens adultos é um dos contribuintes mais importante para o consumo de tabaco na adolescência. O rendimento individual é um poderoso determinante

da saúde individual, se aumentar o rendimento individual elevamos a saúde individual (SUBRAMANIAN; KAWACHI, 2004).

No caso do presente estudo, os alunos que recebem menos dinheiro em semana são os que menos fumam. Tal situação pode acontecer por variados motivos: estes alunos podem necessitar do dinheiro para situações básicas como as despesas em transportes, comida, despesas escolares, o que os leva a não gastar esse dinheiro em substâncias de risco. No entanto observamos que após a introdução das variáveis de satisfação escolar os que recebem de 6 a 10 € mantêm um menor risco de serem fumadores regulares mas esta associação deixa de ser estatisticamente significativa. Esta introdução pode predizer um nível socioeconómico superior.

Os dados sugerem uma relação direta entre desempenho escolar e consumo de tabaco na adolescência. Segundo o HBSC 2010, a perceção da escola tende piorar com o aumento da idade em todos os países e regiões. A auto perceção da satisfação escolar está relacionada com a posição socioeconómica (KOIVUSILTA; RIMPEL; ANDRESCO, 2003), desempenho académico (KRISTJÁNSSON *et al*, 2009) e o rendimento (PATTERSON *et al*, 2010). Cutler *et al* referem, num estudo realizado em 2002, que um nível educacional superior se encontra associado a uma menor probabilidade de fumar. Um ambiente escolar favorável parece contribuir para a redução da probabilidade de um adolescente experienciar o *stress* relacionado com a escola (GARCIA-MOYA; RIVERA; MORENO, 2013).

Para a explicação dos resultados obtidos surgem duas teorias. Em primeiro lugar, a educação afeta a saúde visto esta ser determinada por diferenças de crenças individuais, logo os mais educados podem fumar menos por terem mais e melhor informação valorizando comportamentos como a aversão ao risco e o valor do futuro. Em segundo lugar, adolescentes mais satisfeitos com a escola estão mais atentos e preceptivos à mudança, à informação sobre estilos de vida saudáveis, têm melhores expectativas, e a satisfação escolar pode alterar comportamentos aprendidos em casa.

Os resultados demonstram que as desigualdades existentes, são reduzidas quando controladas pelo desempenho escolar. Aqueles que conseguem desenvolver um percurso escolar satisfatório podem sentir-se mais integrados na sociedade, nos pares, terem maior auto motivação para alterar comportamentos e terem maior probabilidade de não serem fumadores. Após a leitura destes resultados parece existir relação entre

desempenho escolar, desigualdades socioeconómicas e o consumo de tabaco nos adolescentes.

No que diz respeito às limitações, uma vez que os dados são colhidos pelo auto-reporte dos indivíduos, poderão admitir-se imprecisões nessas respostas, especialmente no que concerne ao reporte do consumo de tabaco. Brener, Billy e Grady (2003) defendem que a veracidade e a exatidão dos auto-relatos podem ser comprometidas, visto que os adolescentes podem não querer relatar comportamentos de risco. Além disso, os adolescentes podem propositadamente relatar dados errados, conforme o que acham ser socialmente desejável ou indesejável. Todavia, os mesmos autores defendem que a precisão do auto relato de consumo de tabaco é maior em questionários escolares e em questionários auto-administrados.

No entanto, alguns autores defendem confiabilidade de resposta para a adolescência (LINTONEN; AHLSTRÖM; METSO, 2004).

Para o reporte do estatuto socioeconómico do adolescente não foi avaliado o rendimento dos pais, visto que a maioria dos adolescentes não sabe especificar com precisão o rendimento dos pais, fato corroborado por McKendrick; Cunningham-Burley; Backett-Milbur (2003). O estatuto socioeconómico dos pais foi avaliado por outras variáveis, como a FAS, a Posição Social Subjetiva, o risco de privação material, sendo que, na realização do questionário foi explicado aos alunos que os dados eram confidenciais. Os dados obtidos sobre o rendimento, que podem ser insuficientes, podem explicar o impacto da semana.

No presente estudo não foi incluído o impacto dos pares no comportamento de consumo de tabaco dos adolescentes. Este fato ocorreu visto ser um trabalho complexo, endógeno e de difícil medição, que poderia ultrapassar o âmbito e o tema do trabalho. Sugere-se, como estudo futuro, uma análise do impacto dos pares no comportamento de consumo de tabaco.

Apesar das limitações metodológicas apresentadas os dados são concisos e permitem concluir que o estatuto socioeconómico do adolescente parece ter maior influência no consumo de tabaco que o estatuto socioeconómico da família, sendo importantes a situação face ao emprego dos pais e o seu nível educacional. O desempenho escolar surge como um mediador que permite alterar comportamentos de risco apesar do *background* socioeconómico da família poder ser baixo.

No presente estudo foi observada uma elevada prevalência de consumo de tabaco nos jovens. Devem, por isso, ser introduzidas medidas contínuas e progressivas de políticas de prevenção de consumo direcionadas aos jovens.

Em segundo lugar, devem ser adotadas medidas para aumentar a eficiência e a eficácia dos gastos públicos com a educação dos adolescentes.

As famílias são a influência primária no desenvolvimento de crianças. Apoiar os pais para melhorar o desenvolvimento da primeira infância é uma etapa crucial para a melhoria saúde dos jovens.

Concluimos que, as políticas praticadas ao nível da prevenção do consumo de tabaco nos adolescentes devem centrar-se no desenvolvimento da educação do adolescente.

7. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu medir as desigualdades socioeconómicas no tabagismo nos adolescentes em Portugal.

Concluímos que o estatuto socioeconómico, avaliado pela *Family Affluence Scale*, posição social subjetiva, privação material, educação e emprego dos pais não têm impacto no consumo de tabaco no adolescente.

As desigualdades socioeconómicas no consumo de tabaco nos adolescentes estão relacionadas com o próprio estatuto socioeconómico do adolescente, traduzido pela semanada que este recebe. Esta semanada pode ser proveniente do dinheiro que os pais lhe dão, ou do trabalho do próprio.

Também o desempenho escolar é um mediador entre desigualdades socioeconómicas e consumo de tabaco na adolescência. Os alunos que têm melhor desempenho na escola, apesar de poderem pertencer a grupos socioeconómicos mais baixos, fumam menos.

A inexistência de desigualdades socioeconómicas relacionadas com o estatuto socioeconómico pode ser explicada pela idade da amostra. É possível que as desigualdades socioeconómicas sejam evidentes mais tarde, em idades mais próximas da idade adulta. Além disso, cinco das seis escolas estudadas apresentam uma localização urbana, sendo que, Coimbra foi escolhida como representativa da média de rendimentos do país. As desigualdades podem ser mais evidentes em meios menos urbanos e em grupos mais heterogéneos.

Apesar das limitações referidas, os resultados obtidos permitem uma análise estratégica em termos de saúde pública. Faz parte das políticas de cada governo organizar os sistemas de maneira a melhorar a equidade, a eficiência, a efetividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas. A ausência de desigualdades socioeconómicas apontam para a necessidade de políticas generalista e não orientadas para grupos vulneráveis. A elevada prevalência de consumo ($F = 17.1\%$; $M = 22.1\%$), salienta a necessidade de intervir nos jovens. É necessário um sistema escolar adequado, proactivo e fortemente focado na melhoria do desempenho escolar dos seus alunos. Pode também ser considerado um eixo estratégico em que as escolas sejam suficientemente dotadas com condições estruturais e físicas das unidades, em os alunos despendam da sua semanada apenas para fins estritamente necessários (deslocações, fotocópias escolares).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, PEDRO - Bioestatística em investigação epidemiológica: Aplicações estatísticas em SPSS. Lisboa, 2007.
- ANAND, S. - The concern for equity in health. [Em linha]. Journal of Epidemiology Community Health. 56(2002) 485–487 . [Consult. 02 Mar. 2014]. Disponível em <http://jech.bmj.com/content/56/7/485.abstract>
- ANTUNES, RICARDO - Classes sociais e a desigualdade na saúde. [Em linha]. Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, 2010. [Consult. 02 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.cies.iscte.pt/>
- ALVES, J.; KUNST, A.; PERELMAN, J. - Evolution of socioeconomic inequality in smoking behaviour in Portugal: 1987-2006. The European Journal of Public Health 23. 1 (2013)126-304.
- AZEVEDO A.; MACHADO AP.; BARROS H. - Tobacco smoking among Portuguese high-school students. [Em linha]. World Health Organization, 1999 . [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557687/>
- ATTREE, P. - Growing up in disadvantage: a systematic review of the qualitative evidence. [Em linha]. Child: Care, Health and Development. 30:6 (2004) 679-89. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15527478>
- BALSA C.; VITAL C.; URBANO C. - III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa. 2012. Relatório preliminar. [Em linha] Lisboa: CESNOVA. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, 2013. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar_06052013.pdf

- BORGES M *et al.* - Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. [Em linha]. Revista Portuguesa de Pneumologia. 15:6 (2009). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087321592009000600001&script=sci_arttext ISSN 0873-2159
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. - Epidemiologia Básica. 1ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Publica, 2006.
- BLAKELY *et al.* - The global distribution of risk factors by poverty level. [Em linha]. World Health Organization, 2005. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15744404>
- BOYCE, WILLIAM *et al.* – The Family Affluence Scale as a measure of National Health: Validation of an adolescent Self-Report Measure. [Em linha]. Social Indicators Research. 78 (2006) 473– 487. [Consult. 03 Maio. 2014]. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-005-1607-6#page-1>.
- BORSARI, BRIAN; CAREY, KATE - How the quality of peer relationships influences college alcohol use. [Em linha]. Drug and Alcohol Review. 25:4 (2006) 361 – 370. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2635065/>
- BRENER, NANCY D.; BILLY, JOHN O.; GRADY, M.A. - Assessment of Factors Affecting the Validity of Self-Reported Health-Risk Behavior Among Adolescents: Evidence From the Scientific Literature. [Em linha]. Journal of adolescent health. 33 (2003) 436 –457 [Consult. 03 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14642706>
- CARSTAIRS; MORRIS - Deprivation and Health in Scotland. [Em linha]. Health Bulletin. 4 : 48 (1991) 162-175. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2394583>
- CARREIRA, HELENA *et al.* - Trends in the prevalence of smoking in Portugal: a systematic review. [Em linha] . BMC Public Health. 12:958 (2012). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23137286>

CARPENTER, CHRISTOPHER; COOK, PHILIP J. - Cigarette taxes and youth smoking: New evidence from national, state, and local Youth Risk Behavior Surveys. [Em linha]. *Journal of Health Economics* . (2008) 287–299. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.nber.org/papers/w13046>

CAVELAARS *et al.* - Educational differences in smoking: international comparison. [Em linha]. *BMJ* . 320 (2000). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/320/7242/1102>

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2010. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/OMSdeterminantessociaisdasaude.aspx>

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2008. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.htm

COWELL, A. J. - The relationship between education and health behavior: Some empirical evidence. [Em linha]. *Journal of Health Economics*. 2006. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1019/abstract>

CUTLER, DAVID M.; LLERAS-MUNEY, ADRIANA - Understanding differences in health behaviors by education [Em linha]. *Journal of Health Economics*. 29 (2010) 1–28. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824018/>

- CUTLER, DAVID; LLERAS-MUNEY, ADRIANA; VOGL, TOM. Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms . [Em linha]. National Bureau of Economic Research. 2008. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.nber.org/papers/w14333>
- CURRIE C *et al.* - Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). ISBN 978 92 890 1423 6
- CURRIE C *et al.* - Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
- CURRIE, C *et al.* - Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. Health Education Research, 1997.
- CURRIE, C *et al.* - Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. [Em linha]. Social Science and Medicine. 66:6 (2008). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607006077#>
- CHANDOLA, TARANI; MARMOT, MICHAEL - Social Epidemiology. [Em linha]. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-540-26577-1_23
- DAVIS, JAMES A. - Status Symbols and the Measurement of Status Perception Sociometry. [Em linha]. Sociometry. 19: 3 (1956) 154-165. [Consult. 02 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2785629?uid=3738880&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21104136401967>

DECRETO-LEI nº 37/2007. Diário da República, 1.^a série — N.º 156 — 14 de Agosto de 2007- Aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

DECRETO - LEI nº 49/2005. Diário da República, 1.^a série — N.º 166 — 30 de Agosto de 2005- Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2011. [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/.../RelatórioTabaco20082010.pdf>

DIREÇÃO GERAL da SAÚDE – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Orientações Programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 20 Maio. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

DOKU, DAVID *et al.* - Socioeconomic Differences in Smoking Among Finnish Adolescents From 1977 to 2007. [Em linha]. Journal of Adolescent Health. 47 (2010) 479–487. [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20970083>.

ECONOMIC AND SOCIAL RESEARCH INSTITUTE. - Measuring Material Deprivation in the Enlarged EU. [Em linha]. Dublin: Christopher T. Whelan, Brian Nolan and Bertrand Maître, 2008. [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em <http://www.esri.ie/UserFiles/publications/20080624154745/WP249.pdf>

EEK *et al.* - Differences in socioeconomic and gender inequalities in tobacco smoking in Denmark and Sweden; a cross sectional comparison of the equity effect of different public health policies. [Em linha]. BMC Public Health. 10:9 (2010). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1471-2458-10-9>

ELO, IRMA - Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective. [Em linha]. The Annual Review of

- Sociology. 35 (2009) 553-572. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-soc-070308-115929>
- EUROPEAN COMMISSION – Country fact sheet: Portugal. [Em linha]. Regional and Urban Policy, 2013. [Consult. 20 Jun. 2014]. Disponível em <http://where-to-invest-in-portugal.com/FACTSheetPortugal.aspx?CultureID=pt-PT>
- FEIJÃO, FERNANDA- Inquérito Nacional em Meio Escolar/2011-Secundário. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. [Em linha]. [Consult. 20 Jun. 2014]. Disponível em <http://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/2012/10/28/inquerito-nacional-em-meio-escolar-2011-consumo-de-drogas-e-outras-substancias-psicoativas-no-3o-ciclo-e-secundario/>
- FEIJÃO, FERNANDA *et al.* - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. [Em linha]. Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://static.publico.pt/homepage/infografia/sociedade/jovens/jovens.swf>
- FINKELSTEIN, DANIEL *et al.* - Social Status, Stress, and Adolescent Smoking. [Em linha]. Journal of Adolescent Health. 39 (2006) 678–685 [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X06001443>
- FRAGA, SÍLVIA *et al.* - Tabagismo em Portugal. [Em linha]. Arquivos de Medicina. (2005). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087134132005000400005&script=sci_arttext
- GUIO, ANNE-CATHERINE; MAQUET, ISABELLE ENGSTED. - Material deprivation and poor housing. In: Conference Comparative EU Statistics on Income and Living conditions: issues and Challenges, Helsinquia, Novembro 2006. [Consult. 20 Abril 2014].
- GALOBARDES, BRUNA; LYNCH, JOHN W.; SMITH, GEORGE. - Childhood Socioeconomic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood:

Systematic Review and Interpretation. [Em linha]. *Epidemiologic Reviews*. 26 (2004). [Consult. 20 Maio 2014]. Disponível em <http://epirev.oxfordjournals.org/>

GARCIA-MOYA; RIVERA; MORENO- School context and health in adolescence: The role of sense of coherence. [Em linha]. *Scandinavian Journal of Psychology*. 54 (2013) 243–249. [Consult. 20 Maio 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23418864>

GRAHAM, H. - Health Variations research Programme. [Em linha]. The official Newsletter of the ESRC Research Programme on Health Variations. (2000). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.lancaster.ac.uk/fass/projects/hvp/intro.htm>

GREAVES, LORRAINE - Sifting the evidence: Gender and tobacco control. [Em linha] . Organização Mundial da Saúde , Department of Gender, Women and Health. (2007). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.who.int/tobacco/resources/publications/gender_tob_control_sifting/en/. ISBN 978 92 4 159540 7

GREEN, MICHAEL *et al.* - Socioeconomic Position and Adolescent Trajectories in Smoking, Drinking, and Psychiatric Distress. [Em linha]. *Journal of Adolescent Health*. 53:2 (2013) 202–208. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13001468>

GRIESBACHA, DAWN; AMOS, AMANDA; CURRIE, CANDACE - Adolescent smoking and family structure in Europe. [Em linha]. *Social Science and Medicine*. 56 (2003) 41–52. [Consult. 02 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12435550>

GRUBER, JONATHAN - Risky Behavior among Youths: An Economic Analysis. [Em linha]. *Health Education*. 6 (2001) 524-542. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.nber.org/papers/w7781>

- HAKESLEY-BROWN, R. - Brief interventions to reduce tobacco-related diseases. [Em linha]. Nursing Standard. 23:28 (2008) 43-47. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19400369>
- HANSON, MARGARET; CHEN, EDITH - Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature. [Em linha]. Journal of Behaviour Medicine. 30:3 (2007) 263-285. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514418>
- HARPER, SAM; MCKINNON, BRITTANY - Global Socioeconomic inequalities in tobacco use: internationally comparable estimates from the World Health Surveys. [Em linha]. Cancer Causes Control. 23 (2012) 11-25. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22350860>
- HERNANDEZ ,VIRGINIA RONDERO; MONTANA, SALVADOR; CLARKE, KRIS - Child Health Inequality: Framing a Social Work Response. [Em linha]. Health and Social Work. 35:4 (2010) 291-301. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21171536>
- HISCOCK *et al.* - Socioeconomic status and smoking: a review. [Em linha]. Annals of the New York Academy of Sciences. 1248 (2012). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x/pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. – Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal. [Em linha]. Lisboa: Condições de vida, 2010. [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=100334100&PUBLICACOESmodo=2
- KAWACHI, KENNEDY B; WILKINSON RG. - Income inequality and health. The Society and Population Health Reader. 1 (1999).
- KESTILA, LAURA *et al.* - Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. [Em linha].

European Journal of Public Health. 16: 6 (2006) 617–626. [Consult. 02 Jun 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16641156>

KOIVUSILTA, LEENA; RIMPEL ; ANDRESC, VIKAT - Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. [Em linha]. Social Science and Medicine. 57 (2003) 577–593. [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12821008>

KUNTZ, BENJAMIN ; LAMPERT, THOMAS - Educational Differences in Smoking among Adolescents in Germany: What is the Role of Parental and Adolescent Education Levels and Intergenerational Educational Mobility? [Em linha]. International J. Environ. Res. Public Health. 10 (2013) 3015-3032. [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/7/3015>

KRISTJÁNSSON, ÁLFGEIR LOGI *et al.* - Adolescent Health Behavior, Contentment in School, and Academic Achievement . [Em linha]. Journal of Health Behaviour. 33:1 (2009) 69-79 [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844522>

LEVY *et al.* - Italy SimSmoke: the effect of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking attributable deaths in Italy. [Em linha]. BMC Public Health. 12:709 (2012). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/709>

LINTONEN, TOMI; AHLSTRÖM, SALME; METSO, LEENA – The reliability of self-reported drinking in adolescence. [Em linha]. Alcohol and Alcoholism. 39: 4 (2004) 362–368. [Consult. 20Jun. 2014] Disponível em <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/39/4/362.long>

LYNCH, J. W.; SMITH, G. D.; KAPLAN, G. A.; HOUSE, J. S. - Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. [Em linha]. *British Medical Journal*. (2000). [Consult. 20 Nov. 2013] Disponível em <http://www.bmj.com/content/320/7243/1200>.

- L OH, DEBORA *et al.* - Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a crosssectional survey.[Em linha]. BMC Public Health. 10:74 (2010). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/74>>
- MACEDO, MANUEL; PRECIOSO, JOSÉ - Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo – Uma análise baseada nos dados do Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC). [Em linha]
- MACHADO, AUSENDA; NICOLAU, RITA; MATIAS DIAS, CARLOS - Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia, 2009. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Paginas/portalInicio.aspx>.
- MACKAY, J. - The global epidemiology of tobacco and related chronic diseases. [Em linha] . Public Health. 126 (2012) 199-201. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350612000431#>
- MACKENBACH, JOHAN - Health Inequalities: Europe in Profile. [Em linha]. (2006). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.publichealth.ie/healthinequalities/healthinequalitieseurope>
- MACKENBACH, JOHAN P. - Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. [Em linha]. The New England Journal of Medicine. 358:23 (2008). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0707519>
- MACINKO, J. A.; SHI, L.; STARFIELD, B.; WULU J. R. J. T. - Income inequality and health: a critical review of the literature. [Em linha]. Medical Care Research and Review. 60:4 (2003). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://mcr.sagepub.com/content/60/4/407>

MAYHEW, KATHRYN P.; FLAY BRIAN R.; MOTT JOSHUA A. - Stages in the development of adolescent smoking. [Em linha]. Drug and Alcohol Dependence. 59:2 (2000) 61–81. [Consult. 10 Abril 2014]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871699001659>.

MARÔCO, JOÃO. – Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5ª Edição. Lisboa, 2011.

MARMOT, MICHAEL – Health inequalities in the EU - Final report of a consortium. [Em linha]. Institute of Health Equity. (2013). [Consult. 20 Maio 2014]. Disponível em <http://healthinequalities.thehealthwell.info/search-results/health-inequalities-eu>.

MARMOT, MICHAEL *et al.* - Social Inequalities in health: Next Questions and converging evidence. [Em linha]. 1997. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9080570>

MARTINETTI, ENRICA. A multidimensional assessment of well-being based on Sen's functioning approach. Rivista Internazionale di Scienze Sociali. 2 (2000). [Consult. 02 Dez. 2013].

MARS, SARAH.; LING, PAMELA. MEANINGS and MOTIVES- Experts Debating Tobacco Addiction. [Em linha]. American Journal of Public Health. 98:10 (2008) 1793-1802. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18703459>

MATOS, MARGARIDA GASPAR - Consumo de substância: Estilo de Vida? À procura de um estilo? [Em linha]. Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2008. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/236202303_Consumo_de_substancias_Estilo_de_vida__procura_de_um_estilo

MATOS, MARGARIDA GASPAR *et al.* - A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. [Em linha] . Aventura Social, 2012. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>

- MICHAEL, KEREN; BEN-ZUR, HASIDA. Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. [Em linha] *Journal of Adolescence*. 30:1 (2007). [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16740302>
- MISTRY, RITESH *et al.* - Adolescent smoking risk increases with wider income gaps between rich and poor. [Em linha]. *Health and Place*. 17:1 (2013). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829210001553>
- MCAVOY, H *et al.* - A Tobacco-Free Future – an all-island report on tobacco, inequalities and childhood. [Em linha]. Dublin: Institute of Public Health. (2013). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.publichealth.ie/document/iph-report/tobacco-free-future-all-island-report-tobacco-inequalities-and-childhood-2013>
- MCKENDRICK, JOHN H.; CUNNINGHAM-BURLEY, SARAH; BACKETT-MILBURN, KATHRYN. – Life in low income families in Scotland: Research Report.[Em linha]. Centre for Research on Families and Relationships, 2003. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/09/18143/26172>
- NUNES, EMÍLIA - Consumo de tabaco: efeitos na saúde. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. (2006). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/pesquisa.aspx?v=1b790ff3-be72-4117-8575-b00633752433>
- NAGELHOUT *et al.* - Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. [Em linha]. *BMC Public Health*. 12:303 (2012). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/303/>
- PAMPEL, F. C. - Tobacco use in sub-Sahara Africa: Estimates from the demographic health surveys. [Em linha]. *Social Science and Medicine*. 66:8 (2008). [Consult.

02 Dez. 2013]. Disponível em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2679748/>

PAMPEL, FRED; DENNEY, JUSTIN T. - Cross-National Sources of Health Inequality: Education and Tobacco Use in the World Health Survey. [Em linha]. Demography. (2011). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21491184>

PERCY , MELANIE S. - Feeling loved, having friends to count on, and taking care of myself: Minority children living in poverty describe what is "special" to them. [Em linha]. Journal of Children and Poverty. (2010) 55–70. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1079612022000052724#.Uys2VpwyTMk>

POWER, CHRIS *et al.* - The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison. [Em linha]. International Journal of Epidemiology . 34: (2005) 335–344 [Consult. 20 Maio. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15659473>

PRECIOSO, JOSE *et al.* - Estado atual e evolução da epidemia tabágica- em Portugal e na Europa. Ata Médica Portuguesa. (2009). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/4641>

PRECIOSO, JOSÉ *et al.* . - Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas? [Em linha]. Revista Portuguesa de Pneumologia. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em
<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-pneumologia-320/artigo/prevalencia-do-consumo-tabaco-em-adolescentes-escolarizados-portugueses-90141144>

RAPHAEL, DENNIS. - Poverty in childhood and adverse health outcomes in adulthood. [Em linha]. 69:1 (2011) 22–26. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512211000466>

- READING, RICHARD. - Poverty and the health of children and adolescents. [Em linha]. Archives of Disease in Childhood. 76:5 (1997). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://adc.bmj.com/content/76/5/463.full>
- REES, G. *et al.* Understanding Children's Well-being: A national survey of young people's well-being. The Children's Society, London. 2010
- REDE EUROPEIA ANTI-POBREZA.- Indicadores sobre a pobreza: Dados Europeus e Nacionais. [Em linha]. Lisboa: EAPN – Rede Europeia Anti Pobreza/ Portugal, 2012. [Consult. 02 Maio 2014]. Disponível em http://www.eapn.pt/documentos_visualizar.php?ID=322.
- RICHTER, MATTHIAS *et al.* - The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: A multilevel study in 33 countries. [Em linha]. Social Science and Medicine. 69 (2009) 396–403. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19540029>.
- RODRIGO, M^a JOSÉ *et al.* - Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescência. [Em linha]. Psicothema . 16:2 (2004) 203-210. [Consult. 03 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1183>
- ROWE, FIONA; STEWART, DONALD; PATTERSON, CARLA. - Promoting school connectedness through whole school approaches. [Em linha]. Health Education. 107 (2007) 524 – 542. [Consult. 20 Jan. 2014]. Disponível em <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1636212>
- SANTANA, PAULA. Poverty, social exclusion and health in Portugal. [Em linha]. Social Science and Medicine. 55 (2002) 33-45. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137187>
- SILBER, JACQUES - Measuring Poverty: Taking a Multidimensional Perspective. . [Em linha]. Working Papers 2007-14, FEDEA. [Consult. 02 Jun. 2014]. Disponível em <http://ideas.repec.org/p/fda/fdaddt/2007-14.html>
- SINGH-MANOUXA, ARCHANA; ADLERB, NANCY E.; MARMOT, MICHAEL G. - Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-

health in the Whitehall II study. [Em linha]. Social Science and Medicine. 56 (2003) 1321–1333. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12600368>

SUBRAMANIAN, S.V.; KAWACHI, ICHIRO - Income Inequality and Health: What have we learned so far? [Em linha]. Epidemiologic Reviews. 26 (2004) 78 -91. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://epirev.oxfordjournals.org/content/26/1/78.long>

SCHAAP, M.M.; KUNST, A.E. - Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: Learning from the experiences of recent scientific studies. [Em linha]. Public Health. 123:2 (2008). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147163>

SCHNOHR, CHRISTINA *et al.* - School-related mediators in social inequalities in smoking: a comparative cross-sectional study of 20,399 adolescents. [Em linha]. International Journal for Equity in Health. 8:17 (2009). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/17>

STARFIELD B *et al.* - Social class gradients in health during adolescence. [Em linha]. Journal of Epidemiology and Community Health. 56:5 (2002). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964432>

STRINGHINI, SILVIA *et al.* - Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. The Whitehall II study. [Em linha]. National Institute of Health. The World Bank, 2013. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918905/>

STRONKS K, VAN DE MHEEN H; LOOMAN CWN; MACKENBACH JP. - Cultural, material and psychosocial correlates of the socio-economic gradient in smoking behaviour in adults. [Em linha]. Preventive Medicine. 26:5 (1997) 754-766. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9327486>

TEO, KOON *et al.* - Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study.[Em linha]. Lancet. 368 (2006).

[Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16920470>

THORLINDSSON, THOROLFUR *et al.* - Community social structure, social capital and adolescent smoking: A multi-level analysis. [Em linha]. *Health and Place* .18:4 (2012) 796-804. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829212000615>

TOWNSEND P; PHILLIMORE P; BEATTIE A. - Health and Deprivation: Inequality and the North Croom Helm. [Em linha]. (1988). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em
<http://www.restore.ac.uk/georefer/36229dtuks00y19810000.php#sthash.NUslAAyt.dpuf>

VINNER, RUSSEL *et al.* - Adolescence and the social determinants of health. [Em linha]. *Lancet*. 379 (2012). [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960149-4/abstract>

WHELAN, CHRISTOPHER T. AND MAÎTRE, B. - Understanding Material Deprivation in Europe: A Multilevel Analysis. [Em linha]. (2012). [Consult. 02 Abril 2014]. Disponível em www.gini-research.org.

WHITEHEAD M, BURSTROM B, DIDERICHSEN F. - Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. [Em linha]. *Social Science and Medicine*. 50:2 (2000) 255-270. [Consult. 02 Dez. 2013]. Disponível em
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699002804>

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. - Concepts and principles for tackling social inequities in health. Denmark : WHO Regional Office For Europe, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva, 2010. [Em linha]. [Consult. 20 Jan. 2014]. Disponível em
http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION .WHO Global Report: Mortality attributable to tobacco, Fact Sheet Mortality Report. Geneva. 2010. [Em linha]. [Consult. 20 Jan. 2014]. Disponível em http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Gender, health and tobacco.[Em linha] Geneva, WHO, Department of Gender and Women's Health,2003. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.who.int/gender/other_health/Gender_Tobacco_2.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Gender, health and tobacco.[em linha] Geneva, WHO, Department of Gender and Women's Health,2003. [consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.who.int/gender/other_health/Gender_Tobacco_2.pdf

YANG, SEUNGMI *et al.* - Emergence of Socioeconomic Inequalities in Smoking and Overweight and Obesity in Early Adulthood: The National Longitudinal Study of Adolescent Health.[Em linha]. American Journal of Public Health. 98: 3 (2008) . [consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18235067>